



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI
DIREZIONE GENERALE PER
L'INCLUSIONE E LE POLITICHE SOCIALI



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN
Onlus – Centro Studi e Ricerca Sociale



Quaderni DELLA RICERCA SOCIALE 18

RISC 2 RISCHIO PER L'INFANZIA E SOLUZIONI PER CONTRASTARLO

*Rapporto finale
a cura di Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato*

Progetto finanziato dal Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali

Direzione della ricerca

Tiziano Vecchiato

Il rapporto è stato redatto da

Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato

Elaborazioni statistiche

Giulia Barbero Vignola, Cinzia Canali.

Hanno collaborato alla seconda annualità della ricerca

Giulia Barbero Vignola, Ingrid Berto, Maria Bezze, Cinzia Canali, Elisabetta Mandrioli, Elisabetta Neve, Tiziano Vecchiato.

Ringraziamo tutti gli operatori, i dirigenti dei servizi coinvolti e i referenti regionali del progetto che si sono impegnati nella seconda annualità dello studio Risc e nella divulgazione dei risultati. Senza il loro apporto sarebbe venuto meno il lavoro di confronto sulla valutazione di esito nell'area delle famiglie con minori a rischio di allontanamento. Un grazie particolare va a Anna D'Andretta della Regione Basilicata, Teresa Antonazzo e Assunta Zasa dell'Ambito Basento-Bradano, Emilia Piedicorcia Petruzzo e le colleghe del Comune di Potenza, il gruppo di lavoro coordinato da Simona Sardini Di Febo di Città Sant'Angelo (Pescara); Antonella Caprioglio della Regione Piemonte, Beppe Taddeo e Luciano Tosco e gli assistenti sociali ed educatori del Comune di Torino; Gerardo Favaretto, Idana Morandin e gli operatori e i dirigenti dei distretti sociosanitari 1-2-3-4 della Uls 9 di Treviso; Lorella Baggiani e Giancarlo Galardi della Regione Toscana con i referenti e gli operatori delle Zone coinvolte nella sperimentazione; Monica Pedroni e Maura Forni della Regione Emilia Romagna, Stefania Miodini e il gruppo di lavoro della Asp Langhirano, Matteo Gaggi e Franca Magnani con il gruppo di lavoro del Comune e Distretto di Cesena.

L'Indagine in materia di politiche sociali ed in particolare per la verifica della quantità, della qualità e dei costi degli interventi posti in essere da stato, regioni ed enti locali, a supporto dei nuclei familiari a rischio – **RISC Il Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo** è stata finanziata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Direzione Generale per l'Inclusione e Diritti Sociali e la Responsabilità Sociale delle Imprese (CSR). Divisione III.

Aprile 2012

INDICE

INTRODUZIONE.....	7
SEZIONE 1 - LA SECONDA ANNUALITÀ DELLO STUDIO RISC.....	9
I RISULTATI DELLA PRIMA ANNUALITÀ	11
Origine dello studio.....	11
Lo studio internazionale: aspetti utili per l'Italia.....	12
L'evoluzione normativa.....	13
L'analisi della spesa.....	14
La sperimentazione	17
Valutazione multidimensionale con metodologia S-P/F-O.....	18
DISEGNO DELLO STUDIO E ATTIVITÀ SVOLTE	21
Obiettivi e caratteri di Risc II.....	21
Criteri di inclusione.....	21
Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno	22
Attività di supporto alla sperimentazione	23
L'ANALISI DELLA DOMANDA	29
Bambini e ragazzi inclusi nello studio.....	29
L'analisi di completezza	31
Chi ha chiesto aiuto	38
Domande	39
Di cosa già usufruiscono i bambini/ragazzi.....	42
Le persone di riferimento	44
Condizione economica e abitativa delle famiglie.....	46
Operatori che hanno analizzato la domanda	49
LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.....	50
Storie delle famiglie	50
La valutazione multi assiale dei bisogni e delle capacità.....	59
Dalle valutazioni specifiche a una visione globale	80
LA PERSONALIZZAZIONE DEI PROGETTI	86
Il programma delle attività.....	86
Quali prestazioni professionali troviamo nella “scatola nera”?.....	91
Collaborazioni professionali e non professionali.....	96
Condivisione delle responsabilità	99
Il percorso di ricerca rivisitato con tre casi di studio.....	101

VERIFICHE E VALUTAZIONI DI EFFICACIA	110
L'analisi di efficacia con il metodo S-P	110
L'efficacia misurata dai fattori osservabili (metodo F-O).....	120
Analisi del rapporto costo/efficacia	128
 SINTESI E CONCLUSIONI	 132
 SEZIONE 2 - APPROFONDIMENTI CON GLI OPERATORI	 137
 RISCHI E TIMORI DI TECNICISMO NELL'USO DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE PROFESSIONALE	 139
Condizioni che favoriscono processi di valutazione	140
Dai concetti alla costruzione di indicatori	141
 RISCHIO PER L'INFANZIA E SOLUZIONI PER CONTRASTARLO: INDICAZIONI DI UNA SPERIMENTAZIONE MULTIREGIONALE	 144
 IL PROGETTO RISC IN PIEMONTE.....	151
La pre-valutazione, lo spartiacque per decidere.....	152
Il contesto decisionale in cui è inserita la sperimentazione.....	152
La dimensione della rete.....	153
Il tempo come elemento rilevante	153
Un possibile strumento anche per il sociale.....	155
Conclusioni.....	155
 DALLA SPERIMENTAZIONE AL PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO: PUNTI DI FORZA, POTENZIALITÀ E CRITICITÀ.....	 157
La persona al centro.....	157
Ogni bambino ha diritto alla propria famiglia	158
Il coraggio di scommettere su ciò che c'è, anche se non si vede.....	159
Una scelta di campo corretta dal punto di vista normativo e deontologico.....	160
Il protocollo Risc: alcuni valori aggiunti rispetto al lavoro ordinario dei servizi	161
Alcune criticità che possono esitare in potenzialità	162
 RISC: UN'OPPORTUNITÀ PER I SERVIZI?	164
Dal macro al micro: il ritiro delle deleghe e le ricadute sul lavoro quotidiano degli operatori.....	 164
Quale valutazione serve all'assistente sociale?	166
Risc come strumento operativo di lavoro.....	167
Conclusione.....	170
 L'AMBITO 33 E LA SPERIMENTAZIONE: ALCUNE RIFLESSIONI.....	171

RISC IN BASILICATA	176
PROGETTI PERSONALIZZATI: UNA GUIDA PRATICA	186
Lo studio Risc nel Comune di Torino.....	186
La metodologia	187
Analisi della domanda.....	188
Analisi del problema	188
Programma delle attività (gruppo sperimentale).....	191
Verifica e valutazione	193
Le rivalutazioni	196
Per concludere	196
 LO STUDIO DEGLI OUTCOME NEGLI INTERVENTI A FAVORE DEI MINORI. L'ESEMPIO DEL PROGETTO DI RICERCA «RISC»	 197
 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	 207

INTRODUZIONE

La seconda annualità dello studio Risc ci ha chiesto di dedicare molto impegno all'approfondimento delle condizioni di efficacia e alla disseminazione dei risultati della prima annualità. La ragione è semplice e direttamente collegata con gli obiettivi della prosecuzione del progetto: offrire contenuti, motivazioni, supporto teorico e metodologico agli operatori coinvolti nel progetto.

Un primo modo per soddisfare questa esigenza è stato quello di produrre letteratura sui criteri, gli strumenti, il significato tecnico e strategico delle azioni sperimentali. Ha significato costruire sussidi professionali per farne strumento di lavoro, e non soltanto azione finale di analisi e sintesi dei risultati.

In particolare, la possibilità di rafforzare le competenze, di affrontare le criticità, di favorire la crescita del senso di appartenenza al gruppo sperimentale, a cui le istituzioni avevano chiesto di anticipare soluzioni da implementare successivamente nei territori, ha costituito un impegno costante tecnico e strategico.

Il rapporto si sviluppa a partire da cosa è stato fatto nella prima annualità, i risultati ottenuti, le motivazioni che hanno portato a proseguire per un secondo anno la sperimentazione. Affronta poi il problema del rapporto tra scelte professionali, personalizzazione degli interventi ed esiti ottenuti. Le modalità utilizzate sono di tipo quantitativo e qualitativo, così da evidenziare il rapporto tra le soluzioni metodologiche e le loro ricadute nelle condizioni di vita dei figli e genitori coinvolti nello studio.

Un elemento che, a nostro giudizio, valorizza e facilita la comprensione dei risultati è la voce degli operatori (sezione 2). Già nel rapporto di prima annualità si era dato spazio a questa istanza. In seconda annualità si è pensato che era possibile fare di più, coinvolgendo gli operatori disponibili in una riflessione più approfondita, sui significati tecnici e metodologici di come essi hanno operato e con quali esiti.

In particolare, Elisabetta Neve, nel capitolo "Rischi e timori di tecnicismo nell'uso di strumenti di valutazione professionale", affronta le questioni etiche emergenti dal lavoro sperimentale. Non riguardano solo il fatto di agire sperimentalmente ma anche di operare professionalmente pensando agli outcome possibili, ai vantaggi per i ragazzi e le famiglie coinvolte.

I successivi contributi "Il progetto Risc in Piemonte" di Antonella Caprioglio e Beppe Taddeo e "Progetti personalizzati una guida pratica" di Veronica Lucchina e Michela Memeo propongono una sorta di guida metodologica, fruibile da colleghi interessati ad apprendere i criteri di valutazione e decisione utilizzati. "Risc un'opportunità per i servizi" di Gaia di Bartolomeo e Francesco Lucchi, affronta il problema dei potenziali di crescita professionale. Il capitolo "Dalla sperimentazione al protocollo per la presa in carico" di Andrea Barani evidenzia i punti di forza e le potenzialità che nascono dall'agire professionale orientato agli esiti. Francesco Lucchi con "Lo studio degli outcome negli inter-

Struttura del
rapporto

venti a favore dei minori” racconta la propria esperienza e come essa abbia rappresentato un passaggio di crescita professionale particolarmente significativo. Infine, Simona Sardini Di Febo riporta l’esperienza della Regione Abruzzo e Anna D’Andretta quella della Basilicata, testimoniando come i confronti regionali siano stati molto importanti, per implementare le scelte professionali nei contesti organizzativi e istituzionali di riferimento.

«È fondamentale che gli operatori chiamati a mettere concretamente in pratica le novità che derivano dalla ricerca ne comprendano il senso e l’utilità perché queste possano esprimere tutta la loro efficacia» è un’espressione utilizzata da Francesco Lucchi per dire come ogni operatore partecipante a Risc non è stato soltanto ad osservare e a documentare. Ha anche modificato le prassi correnti, sperimentato nuove soluzioni, valutato gli esiti, capendo come evitare l’allontanamento senza esporre i bambini e ragazzi a sofferenze ingiustificate. Come vedremo, gli indici di efficacia conseguiti sono significativi e verificati con due diverse metodologie. La possibilità di mettere in rapporto i profili di gravità, gli esiti e i costi è stata un’ulteriore acquisizione, frutto delle scelte professionali e delle trasformazioni rese possibili dall’uso appropriato del protocollo, nonché delle competenze dei molti operatori che hanno collaborato allo studio.

RISC II

Rischio per l'**I**nfanzia e
Soluzioni per **C**ontrastarlo

SEZIONE 1

**LA SECONDA ANNUALITÀ
DELLO STUDIO RISC**



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale

I RISULTATI DELLA PRIMA ANNUALITÀ

Origine dello studio

Alla fine del 2008 il ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ha commissionato alla Fondazione Emanuela Zancan onlus uno studio sul rischio di allontanamento dei figli dalla famiglia di origine (Risc). Il problema del rischio è stato approfondito con a) un'analisi internazionale per conoscere e confrontarci con altri paesi, b) un'analisi della letteratura italiana degli ultimi 50 anni, c) un'analisi comparata della normativa a partire dagli anni ottanta, d) un approfondimento sulla spesa dei comuni, e) un'analisi con i referenti regionali sui temi di studio, f) una sperimentazione con 6 regioni, utilizzando un modello di presa in carico personalizzata con valutazione di efficacia.

Le analisi hanno portato a un rapporto articolato sui temi di cui sopra. Riprendiamo alcuni dei contenuti lasciando all'interesse dei lettori l'approfondimento diretto delle singole sezioni nel rapporto stesso "Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo. Rapporto finale"¹.

Il filo conduttore è stato: *quanto abbiamo fatto è stato veramente efficace?* È la domanda che ha guidato la ricerca nel valutare il grado di applicazione dei principi di cui alla legge n. 184/1983 e in particolare, l'art. 4 della legge n. 285/1997, che parla di «azioni di sostegno al minore e ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psico-sociale, anche mediante il potenziamento di servizi di rete per interventi domiciliari, diurni, educativi territoriali, di sostegno nella frequenza scolastica e per quelli di pronto intervento» (Canali C., Vecchiato T.; 2009, 2011; Canali C., Vecchiato T., Ciampa A., 2011).

A questa motivazione principale si sono aggiunte motivazioni scientifiche ed etiche, per identificare soluzioni che, se non disponibili, rappresentano un ostacolo all'adozione di metodologie adeguate per la prevenzione del rischio.

Una prima constatazione del gruppo di ricerca è stata che, in Italia, i dati disponibili riguardano soprattutto i *processi e gli interventi* di allontanamento piuttosto che i loro *esiti* su bambini e famiglie. È una base di conoscenza necessaria per qualificare decisioni che riguardano la vita di figli e genitori in difficoltà, ma non ancora sufficiente per operare in modo efficace.

A tale fine lo studio ha operato su due livelli: da un lato ha dato evidenza agli esiti dichiarati dai servizi coinvolti e, dall'altro, ha messo in opera un disegno sperimentale, grazie alla collaborazione di molti operatori. Nel fare questo si è dovuto tener conto che:

- non sempre le azioni professionali sono volte a ottenere un risultato atteso, programmato e operativamente definito;
- i professionisti operano dentro i vincoli delle risorse disponibili;

Valutare
l'efficacia

Dati di processo
ma non di esito

¹ [http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/Studi Statistiche](http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/Studi%20Statistiche).

- c'è una diffusa frammentazione nelle organizzazioni che dovrebbero operare nell'interesse esclusivo del minore;
- ci sono persistenti difficoltà nell'integrazione delle risorse e delle capacità.

Lo studio internazionale: aspetti utili per l'Italia

Lo studio internazionale ha seguito due percorsi paralleli: 1) un'analisi della letteratura, pubblicata e grigia, con l'obiettivo di individuare soluzioni ed esperienze utili e praticabili anche da noi; 2) un'indagine, che ha coinvolto esperti internazionali, focalizzata su questioni legate all'analisi dei bisogni, alle risposte, alle evidenze disponibili per bambini e famiglie in difficoltà. In particolare i nuclei di studio sono stati:

- il processo attraverso il quale viene deciso l'allontanamento dalla famiglia;
- la definizione di «bambino a rischio», «bisogno di servizi integrativi alla famiglia», «servizi di prevenzione», la «soglia» per l'allontanamento;
- servizi erogati per la prevenzione dell'allontanamento;
- apporto del volontariato e sua formazione;
- costi dei servizi.

Il tasso di risposta è stato di circa il 70% con riferimento a 20 stati articolati tra Paesi europei: Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Slovacchia, Svezia, Inghilterra e Scozia (Regno Unito); paesi extraeuropei: New South Wales-Victoria-Queensland (in Australia), Israele, Giappone, Nuova Zelanda, Connecticut-Maryland-Kansas-New York (negli Stati Uniti).

Tra gli altri Whittaker (2010) sintetizza le sfide da affrontare per una maggiore integrazione tra i servizi, visto che soprattutto l'integrazione di capacità, risorse e responsabilità facilita esiti migliori. Raccomanda di ripensare al binomio «scienza e coscienza», valorizzando l'esperienza e sollecitando gli operatori a seguire quanto emerge dalla letteratura e da studi sperimentali. Ai *ricercatori* suggerisce di concentrarsi su studi che abbiano ricadute per la pratica quotidiana, uscendo dalla autoreferenzialità, collaborando con tutti i soggetti interessati all'implementazione delle prassi basate su prove di efficacia. Ai *servizi* per l'infanzia e la famiglia suggerisce di verificare prima di tutto ciò che funziona all'interno del proprio servizio e di investire su questo, senza affidarsi a modelli presi «dallo scaffale» o dal mercato delle raccomandazioni, non basate su prove di efficacia.

In particolare, Whittaker evidenzia che le famiglie e i bambini che assorbono molte risorse o che sono a rischio di entrare nel sistema dei servizi ad alta intensità assistenziale sono quelli che più hanno bisogno di aiuto efficace.

La ricerca internazionale ha evidenziato un quadro molto variegato sugli strumenti e sulle metodologie utilizzate (Gilbert R. e altri, 2009; Canali C., Vecchiato T., Ciampa A., 2011; Maluccio A.N. e altri, 2011). Su scala ridotta l'Italia non è da meno in tema di variabilità, viste le grandi differenze di approccio e di azione che abbiamo osservato nel confronto tra regioni. Lo testimonia anche la letteratura italiana considerata. In passato (anni settanta e ottanta del Novecento) l'enfasi maggiore era sul rapporto tra teoria e prassi, pensiero e azione, per evitare le risposte standardizzate e istituzionalizzanti. Questo ha reso

Sfide da affrontare

La ricerca internazionale e italiana

possibile una profonda trasformazione del modo di intendere i servizi per l'infanzia, le risposte per contrastare l'emarginazione grave, per evitare l'allontanamento dalla famiglia e soprattutto le molte forme di violenza perpetrate dalle istituzioni che allontanavano i minori dal proprio spazio di vita senza motivo.

Nell'analisi sono emerse condizioni per riconsiderare la presa in carico come una questione centrale della riflessione teorica e pratica. È la sua capacità di promuovere risposte efficaci che può «effettivamente» ridurre il rischio di allontanamento, senza ripiegare nella adesione acritica ai principi e ai valori per una migliore tutela dell'infanzia a cui non fanno seguito azioni efficaci.

L'evoluzione normativa

L'analisi della normativa ha evidenziato come l'ordinamento italiano, a partire dal 1948, sia fortemente permeato dal principio del «favor minoris», cioè della prevalenza dell'interesse del minore cui far corrispondere interventi normativi volti ad assicurare un sistema di protezione capace di favorire il processo di crescita e formazione, all'interno della propria famiglia e nei contesti sociali, in particolare la scuola e la transizione tra scuola e lavoro. Il contesto familiare è identificato come l'ambiente ottimale in cui il bambino può sviluppare la propria personalità, se l'amore e le responsabilità genitoriali vengono espressi in modo adeguato.

La crescente attenzione degli operatori e dei giuristi al tema della tutela minore ha reso possibile una progressiva sostituzione del concetto di «interesse del minore» con quello - giuridicamente più pregnante - di «diritto del minore». Grazie a questo passaggio il legislatore nazionale e regionale ha predisposto numerose misure di protezione giuridica e sociale necessarie per assicurare la tutela dei diritti connessi all'integrale sviluppo della personalità, individuando strumenti necessari, quali l'affidamento, l'adozione e numerose altre forme di servizio e accoglienza.

Dopo la riforma del titolo V della Costituzione, le regioni hanno incrementato il ruolo nella promozione degli interventi a favore delle famiglie in situazioni di fragilità (Torchia L., 2005; Balboni E., 2007; Caritas, Fondazione Zancan, 2007; Innocenti E., 2007; Vivaldi E., 2008). In molte realtà regionali sono state promosse iniziative legislative di esplicito sostegno alla famiglia e all'infanzia. Nell'analisi è stata approfondita la mappa dei contenuti e degli strumenti introdotti a livello regionale, con particolare riferimento alle tipologie di intervento, ai criteri di accesso, ai processi di valutazione. L'approfondimento sui contenuti ha permesso una ricognizione delle scelte, la loro caratterizzazione e la possibilità di classificare le erogazioni economiche, domiciliari, diurne e intermedie, a supporto delle famiglie, per contrastare il rischio di allontanamento. L'analisi della normativa ha evidenziato che:

- gli interventi di sistema che incidono sul rischio di allontanamento sono di due tipi: leggi di disciplina dell'ordinamento dei servizi sociali e leggi recanti interventi a tutela dei minori e della famiglia;
- le affermazioni di principio e le finalità perseguite dagli interventi legislativi sono orientate alla tutela della famiglia, del «primario interesse» del

Dall'interesse
del minore al
diritto del minore

Conclusioni
dall'analisi
della normativa

minore, agli interventi preventivi e di promozione. Ma, nella codificazione di dettaglio, emerge una netta prevalenza degli interventi per regolare l'allontanamento riferiti alla gestione dell'affidamento familiare e dell'affidamento a strutture residenziali, nonché per gestire l'adozione;

- una focalizzazione prevalente, se non esclusiva, sugli interventi «specialistici», relativi alla tutela del minore in situazioni di abuso, violenza, abbandono. Norme di dettaglio considerano i requisiti di processo e professionali e le forme di raccordo tra enti. È carente la disciplina degli interventi di sostegno rivolti a situazioni di disagio non ancora connotate in termini di gravità ma riconducibili alla valutazione del rischio;
- numerosi provvedimenti relativi all'attuazione delle forme di allontanamento presuppongono l'inefficacia degli interventi di sostegno e prevenzione realizzati. Non sono identificati contenuti regolativi riguardanti la fase di prevenzione dell'allontanamento, né con riferimento ai tipi e alle modalità di intervento di promozione della domiciliarità né con riferimento agli strumenti e alle modalità di valutazione di efficacia utilizzabili per verificare la riduzione di rischio conseguita;
- i riferimenti alla complessità e multifattorialità della situazione di bisogno del minore e della famiglia sono rari: gli elementi relativi alla qualificazione della presa in carico sono riferiti prevalentemente alla situazione del minore da allontanare e alle tipologie di risposta residenziale da porre in essere;
- gli attori principali indicati dai provvedimenti analizzati per la presa in carico dei minori in situazioni di disagio e delle loro famiglie sono il servizio sociale professionale, i consultori, i soggetti erogatori di servizi residenziali e semiresidenziali, con funzioni che variano secondo il modello organizzativo adottato dalle regioni;
- la valutazione professionale (o multiprofessionale) e la progettazione personalizzata sono richiamate in quasi tutti gli atti dedicati alla tutela dei minori in situazioni di pregiudizio. Il livello di dettaglio rispetto a cosa si intende per «valutazione» e per «progettazione personalizzata» varia notevolmente da provvedimento a provvedimento;
- l'insieme dei provvedimenti oscilla tra la ricerca di innovazione e la replicazione di pratiche adottate in altri territori. Lo strumento dominante sono le linee guida. Meno frequente è la promozione di sperimentazioni di nuove risposte.

È un quadro positivo ma caratterizzato da una criticità ricorrente: non si investe in innovazione di risposta, non ci si chiede come tutelare più efficacemente «il diritto del minore», non si mettono in discussione le prassi alternative alla istituzionalizzazione, supponendole comunque in grado di dare risposte adeguate ed efficaci al rischio di allontanamento.

L'analisi della spesa

Lo scenario che contraddistingue le politiche per l'infanzia e la famiglia è la cronica scarsità di risorse a fronte della crescita della domanda. Nel welfare

italiano le risorse sono destinate in modo prevalente al sostegno della vecchiaia (pensioni, 68%) alla cura della malattia (sanità, 24%), e in misura più limitata all'assistenza (servizi sociali, 8%). Quest'ultima rappresenta l'1,8% del Pil. Rispetto allo specifico della spesa a favore dei bambini e delle famiglie, l'Italia si colloca al penultimo posto tra i paesi dell'Europa dei 15, con il 4,4% del Pil. La spesa che i comuni, principali responsabili dei servizi sociali, destinano ai bambini e alle loro famiglie nel 2007 è stata di quasi 2,5 miliardi di euro, pari a circa 245 euro per ogni minore residente, con notevoli differenze territoriali, soprattutto tra nord e sud del paese (da un minimo di 54,78 euro a un massimo di 511,26 euro). Si tratta di risorse contenute, rispetto alle quali poco si sa, in particolare, se sono usate in modo efficiente, se conseguono indici di efficacia accettabili. È anche per questo che si è integrata la fase osservazionale con quella sperimentale, come avviene in altri paesi (Beecham J., Sinclair I., 2006; Ezell M. e altri, 2011).

Non potendo realizzare una rilevazione ad hoc, è stata utilizzata come fonte di dati disponibile l'indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati realizzata dall'Istat, in collaborazione con più enti del governo centrale e gli enti locali. Rileva informazioni sugli utenti e sulla spesa sostenuta dai comuni per i servizi erogati (da soli e/o in associazione con altri). L'unità di rilevazione dell'indagine è costituita dai comuni singoli e dalle loro associazioni (quali comprensori e consorzi), oltre che da comunità montane e da distretti sociosanitari/aziende Usl che affiancano i comuni singoli e talvolta li sostituiscono.

I dati raccolti riguardano i servizi e gli interventi sociali di cui sono titolari i comuni, anche se finanziati con trasferimenti statali, regionali o provinciali. Sono quindi esclusi dalla rilevazione ad esempio i servizi assistenziali di titolarità statale, per i quali i comuni subentrano solo a livello di organizzazione dell'intervento e di individuazione degli aventi diritto.

Il dettaglio della rilevazione Istat, con riferimento agli interventi nell'area minori, ha permesso di rileggere i dati in modo coerente con il riferimento normativo disponibile in materia di livelli essenziali di assistenza sociale, cioè il comma 4 dell'art. 22 della legge n. 328/2000 (Bezze M. e altri, 2005; Bezze M. e altri, 2010), rispetto ai macro livelli assistenziali, cioè:

- servizio sociale professionale;
- accesso ai servizi di emergenza (pronto intervento);
- risposte domiciliari (raggruppano gli interventi forniti al domicilio del bambino o finalizzate a mantenere il bambino nel proprio contesto di vita);
- risposte intermedie (comprendono interventi erogati in luoghi diversi dall'abitazione e dalle strutture residenziali);
- risposte residenziali (servizi e interventi erogati nelle strutture assistenziali di tipo residenziale).

Oltre alla riclassificazione derivante dall'applicazione del comma 4 dell'articolo 22 della legge n. 328/2000, gli interventi e i servizi sociali contemplati dall'indagine sono stati raggruppati rispetto alla finalità, cioè:

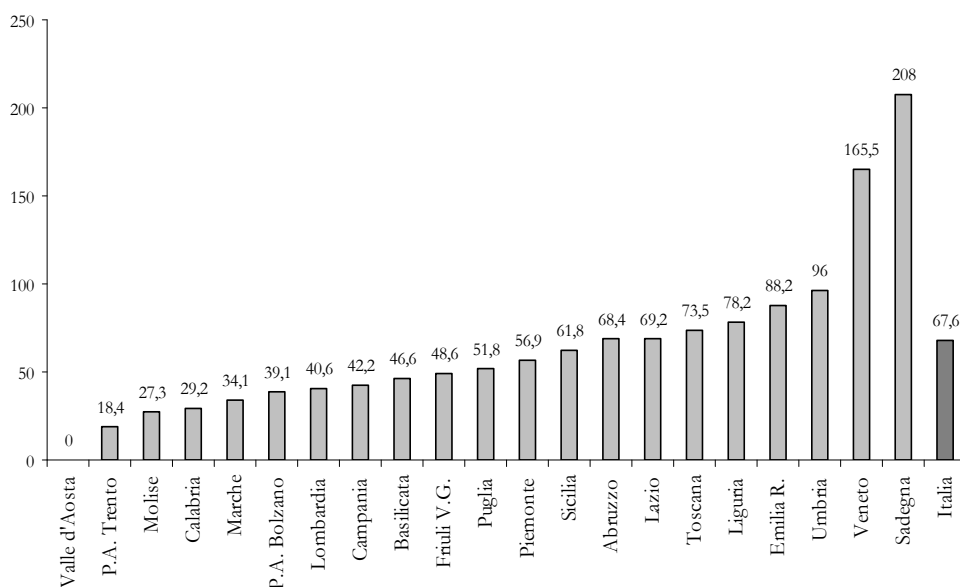
- interventi preventivi dell'allontanamento;
- interventi di allontanamento;

Metodo di raccolta delle informazioni

I livelli essenziali di assistenza

- interventi che non hanno una chiara connotazione in un senso o nell'altro e che quindi possono essere interpretati sia come preventivi dell'allontanamento sia come di vero e proprio allontanamento.

Fig. 1 - Utenti minori del servizio sociale per 1.000 minori residenti



In tutte le regioni/province autonome considerate, l'intervento con spesa più rilevante è risultato il contributo economico (prevalentemente destinato a integrare il reddito familiare), a eccezione dell'Abruzzo.

I soli dati di spesa non possono fornirci informazioni sull'appropriatezza dell'intervento. Tuttavia, la prevalenza dei contributi economici tra gli interventi preventivi a carattere domiciliare richiama vecchie questioni che animano da anni il dibattito sul welfare: soldi o servizi, contributi economici o progetti di sostegno?

Varie ricerche (Canali C., Maluccio T., Vecchiato T., 2005; Gioga G., Mazzini E.L.L., Pivetti M., 2007; Canali C. e altri, 2008; Bezze M., Vecchiato T., 2010) evidenziano che i minori appartenenti a famiglie multiproblematiche² sono maggiormente esposti al rischio di allontanamento. Rappresentano una quota variabile tra l'1% e il 2% dei minori residenti. Il bisogno economico è certamente rilevante, ma i soli trasferimenti monetari, senza aiuto professionale espongono gran parte di questi bambini e ragazzi a forme di vero e proprio «abbandono» istituzionale e sociale. I dati sull'utenza del servizio sociale professionale, rilevabili dall'indagine Istat sugli interventi e i servizi sociali, forniscono un quadro molto disomogeneo: si va dal 21% di minori residenti dell'Emilia-Romagna a circa il 2% dei comuni trentini, con una media italiana del 7%. Anche tenendo conto degli eventuali doppi conteggi (dello stesso bambino), lo scarto tra i due valori (stima dei minori multiproblematici pari all'1-2% dei minori residenti e numero di minori in carico al servizio sociale) è molto ampio e non tiene con-

Soldi o servizi?

Famiglie multi-problematiche

² Famiglie in cui vi è: compresenza di diverse problematiche sociali e sanitarie; necessità di interventi di più servizi; inadeguatezza nello svolgimento dei ruoli genitoriali; uno o più minori in situazione di difficoltà, disagio, disadattamento.

to del rapporto tra bisogni generali e bisogni commessi a situazioni molto critiche al punto da considerare la possibilità di allontanare i figli dai genitori.

La sperimentazione

Per avviare uno studio sperimentale erano necessarie due condizioni: a) adottare criteri di selezione e di inclusione equivalenti tra le regioni partecipanti; b) un protocollo di sperimentazione verificabile in termini di processi e di esiti.

Nel dare risposta a queste due esigenze si è tenuto conto delle indicazioni emerse dalla letteratura. La proposta metodologica per la valutazione del rischio si è articolata in due momenti. Il primo ha messo a fuoco la condizione degli adulti e i fattori di contesto socioambientale e relazionale. I fattori sotto osservazione sono state:

- la compresenza di diverse problematiche sociali e sociosanitarie (povertà, tossicodipendenza, salute mentale ecc.);
- la necessità di intervento di più servizi (sociali, sanitari, educativi ecc.);
- i ruoli genitoriali non svolti adeguatamente.

Insieme a tali condizioni di «rischio» familiare, sono stati considerati i fattori critici della condizione del bambino/ragazzo e cioè:

- la conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli;
- la trascuratezza dei figli che facilmente degenera in abbandono.

La costruzione dell'indice si è basata sulla valutazione clinico professionale degli operatori coinvolti, sintetizzata rispondendo alla domanda: «A suo/vostro giudizio dove si posiziona, in una scala da 1 a 10, l'indice di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale?». La seconda domanda è stata: «A suo/vostro giudizio dove si posiziona in una scala da 0 a 10 il grado di sofferenza (da abbandono, maltrattamento ecc.) che sta vivendo il bambino/ragazzo?»³.

Indice di
inclusione

Sono state incluse nello studio le famiglie in cui i minori avevano una difficoltà uguale o superiore a 3 e i genitori una difficoltà uguale o superiore a 5. I risultati della ricerca hanno poi permesso di ridefinire questo indice, riducendo di un punto l'area di rischio per meglio concentrare gli sforzi professionali sulle situazioni di maggiore sofferenza e rischio di allontanamento.

Questa prima valutazione ha facilitato la conoscenza preliminare necessaria per seguire le raccomandazioni del protocollo sperimentale. I criteri di inclusione sono stati inoltre condizione per promuovere comportamenti equivalenti da parte delle unità operative regionali, già al momento della selezione dei casi da coinvolgere nello studio.

Pre-valutazione

La sperimentazione ha considerato i cambiamenti nell'arco di 6-9 mesi. Ogni famiglia - che rientrava nei criteri di inclusione - è stata valutata approfondendo i bisogni, gli interventi necessari, gli esiti attesi e poi raggiunti, con verifiche iniziali, intermedie e finali. Genitori e figli sono stati differenziati in due gruppi:

Caratteristiche
dei gruppi di
ricerca

- famiglie con componenti «presi in carico secondo le usuali modalità» e con valutazione aggiuntiva S-P (gruppo di controllo);

³ Gli operatori hanno risposto a queste domande utilizzando la prassi corrente praticata nei loro servizi.

- famiglie con componenti «presi in carico secondo il protocollo di ricerca» (gruppo sperimentale): valutazione S-P, presa in carico con valutazione F-O.

Va sottolineato che il gruppo di controllo non era completamente assimilabile alle prassi del tipo «come sempre»⁴, perché non si è limitato solo a documentare le prassi correnti, ma ha sviluppato analisi aggiuntive, di bisogno e di esito, necessarie per confrontare i risultati dei due gruppi.

Valutazione multidimensionale con metodologia S-P/F-O

Le informazioni raccolte sono state riferite a diverse aree riconducibili al settore funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale. Analizzando il bisogno nei suoi fattori organici, psicofisici e relazionali, contestualizzati nello spazio di vita della persona, gli operatori sociali e sanitari hanno costruito una visione globale del bisogno e della capacità, con strumenti professionali idonei a sviluppare una valutazione multiassiale coerente con l'art. 4, c. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (14 febbraio 2001) (Maluccio A.N., Canali C. Vecchiato T., 2002; Pompei A. e altri, 2005; Zeira A. e altri, 2007; Canali C. e altri, 2006).

Gli strumenti inseriti nel protocollo sono stati selezionati sulla base di alcuni criteri: centratura su bisogno e capacità della persona, misurabilità e confrontabilità nel tempo, sensibilità multidimensionale; gratuità, facilità di utilizzo e ridotto carico temporale di lavoro.

La raccolta delle informazioni ha consentito la costruzione di indici di efficacia, definiti come differenza tra «indici di benessere» (profili di gravità/capacità) della persona al tempo T_0 e in tempi successivi. Tali indici a loro volta sono stati utilizzati in funzione delle valutazioni effettuate nelle tre aree: funzionale-organico, cognitivo-comportamentale e socioambientale-relazionale.

Nel complesso, l'efficacia ha ottenuto valori positivi. Gli aspetti socioambientali relazionali sono stati quelli che hanno registrato il maggior grado di miglioramento tra T_0 - T_1 (il 56% dei ragazzi è migliorato sotto questo punto di vista, il 10% non ha registrato alcun cambiamento, il 34% è peggiorato).

Allungando il periodo temporale di osservazione (T_0 - T_2), i cambiamenti si sono fatti più consistenti ed è aumentato il numero di quanti hanno registrato un miglioramento rispetto alla situazione iniziale. L'indice di efficacia globale per il 70% dei minori è migliorato nell'arco dei 6 mesi, per il 23% è peggiorato e per il 7% non ha presentato cambiamenti particolari. L'area di osservazione più sensibile è stata quella socioambientale relazionale che rappresentava soprattutto la capacità di responsabilizzazione dei genitori e il livello di protezione nello spazio di vita.

È stato anche utilizzato un indice di efficacia basato sui fattori osservabili (per il gruppo sperimentale). Si sono così potuti confrontare gli esiti misurati con schemi polari (metodologia S-P) e gli esiti misurati con metodologia F-O, inte-

Individuazione
degli strumenti

⁴ Tecnicamente non si è trattato solo di un gruppo Tau (treated as usual), ma di un gruppo Tau+ ovvero con l'aggiunta di tutte le valutazioni di cui allo schema polare. Questo valore aggiunto attribuito al controllo ha avvicinato i risultati potenziali dei due gruppi (sperimentale e controllo) ma, nello stesso tempo, ha consentito di meglio analizzare i determinanti di efficacia.

grando fattori quantitativi e qualitativi così da ottenere una verifica e valutazione più approfondite.

L'indice di efficacia complessivo, a seguito del primo piano operativo, è stato calcolato dopo 3 mesi per 58 minori del gruppo sperimentale (78%). Per quasi l'80% gli obiettivi sono stati parzialmente raggiunti, nel 15% sono stati raggiunti completamente, nel 5% non sono stati raggiunti. L'indice di efficacia complessivo del secondo piano operativo è stato calcolato a sei mesi per 43 minori del gruppo sperimentale (58%). Non sono state osservate differenze significative tra gli indici di efficacia del primo piano e quelli del secondo, visto che in media l'efficacia dei piani operativi non è cambiata di segno e la situazione più frequente (71% dei casi) è stata quella di un raggiungimento, anche parziale, dei risultati attesi.

Per ogni ambito di osservazione (funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale) ci si è chiesto se esistesse una relazione tra il beneficio ottenuto tra T_0 e T_1 e T_2 e il fatto di appartenere al gruppo sperimentale o a quello di controllo.

Sono stati considerati i casi in cui gli operatori avevano aderito almeno per il 60% alle raccomandazioni del protocollo di ricerca⁵. È emerso che l'efficacia T_0 - T_2 è risultata maggiore nel gruppo sperimentale quando i minori presentavano una condizione a T_0 più compromessa (indice di benessere sociorelazionale $<0,64$). Questo risultato ha evidenziato la maggiore capacità del gruppo sperimentale di conseguire esiti positivi, in termini di riduzione del rischio, proprio per i ragazzi che avevano una maggiore sofferenza e maggiore rischio di allontanamento.

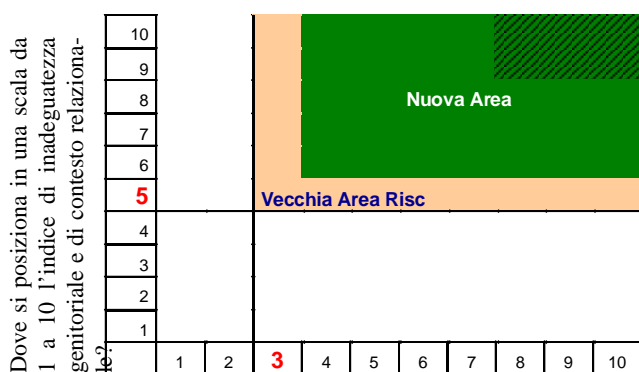
Questo è risultato molto importante ai fini della risposta alla domanda iniziale della ricerca, relativamente alla soglia di rischio al di sotto della quale si dovrebbe non allontanare un figlio dai genitori.

Le indicazioni emerse dall'analisi, sul rapporto tra gravità e indici di efficacia conseguibili già nel breve periodo, ci hanno portato a proporre una riduzione dell'area di rischio, alzando i parametri di inclusione di 1 punto per asse (4 bambino/ragazzo e 6 genitori), come indicato nella figura 2. In questo modo l'attenzione può essere meglio finalizzata sui casi a maggiore rischio di allontanamento e, con una presa in carico di breve periodo (3-6 mesi), valutare se i risultati positivi, oltre a ridurre il rischio, possono essere portati a sostegno della proposta di non allontanare il figlio dai genitori.

Valutazione
dei risultati

⁵ Considerando un livello di adesioni al 60%, la numerosità dei bambini e dei ragazzi si è ridotta del 25% (da 127 a 96).

Fig. 2 – Aree e livelli di rischio



Dove si posiziona in una scala da 1 a 10 il grado di sofferenza (da abbandono, maltrattamento...) che sta vivendo il bambino?

In sede di valutazione finale con gli operatori che hanno partecipato alla sperimentazione sono stati approfonditi questi risultati e il loro significato tecnico e strategico. È anzitutto uscita confermata la possibilità di utilizzare protocolli sperimentali all'interno del lavoro quotidiano, a diretto contatto con le persone. La conseguenza è importante: gli stessi operatori che valutano i bisogni e le capacità sono anche in grado di far coesistere nel loro lavoro aiuto, cura, ricerca e sperimentazione di nuove soluzioni (Canali C., Frigo A.C., Vecchiato T., 2008; Canali C., Vecchiato T., 2009; Vecchiato T., 2011; Biehal N., 2012).

Una seconda indicazione è stata evidenziata dai referenti delle regioni che hanno reso possibile la sperimentazione multicentrica: è una strada percorribile e necessaria per scelte regionali in grado di innovare le prassi, renderle più efficaci, rendere più effettivo il riconoscimento dei diritti e la loro soddisfazione.

L'approccio sperimentale è stato giudicato utile e necessario per favorire questa prospettiva, in condizioni di trasparenza e da valorizzazione delle responsabilità. La scelta di proseguire con una seconda annualità di sperimentazione è stata quindi unanime e ha trovato il positivo consenso degli operatori coinvolti nella prima annualità, che hanno così potuto affinare le competenze metodologiche e incrementare l'appropriatezza delle scelte da sottoporre a successiva verifica di efficacia.

DISEGNO DELLO STUDIO E ATTIVITÀ SVOLTE

Obiettivi e caratteri di Risc II

Nella valutazione di *outcome* prevale l'interesse per il guadagno di benessere (personale, relazionale, sociale). La qualità di processo (professionale, organizzativo, ecc.) è condizione necessaria ma non sufficiente per dare aiuto efficace. Nel corso della prima annualità è stato possibile osservare quanto frequente sia questa contraddizione (Canali C., Rigon P., 2003; Thoburn J. 2007; Zeira A. e altri, 2007; Maluccio A.N. e altri, 2011).

A fronte dei risultati emersi, sono stati definiti gli obiettivi della seconda annualità, per un *approfondimento sulle condizioni di efficacia*, vista la difficoltà degli operatori di gestire fattori osservabili e risultati attesi in termini di "benessere/beneficio" per il bambino e/o il genitore. Si tratta di un cambiamento culturale e tecnico da praticare a fronte delle diverse condizioni di bisogno, delle possibili intensità dell'aiuto e delle misure di esito e di costo che caratterizzano gli interventi per ridurre il rischio di allontanamento.

Criteri di inclusione

Sono state considerate famiglie che rispondevano ai seguenti criteri di inclusione:

Famiglie con figli in età 0-17 in cui esisteva:

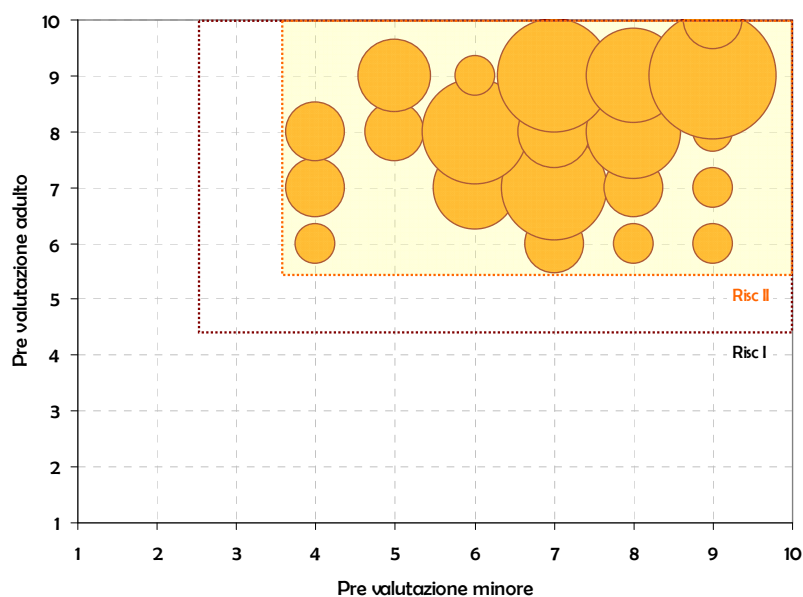
- compresenza di diverse problematiche sociali e sociosanitarie (povertà, tossicodipendenza, salute mentale...),
- necessità di intervento di più servizi (sociali, sanitari, educativi...),
- ruoli genitoriali non svolti adeguatamente,

Presenza in tali famiglie di fattori di rischio di allontanamento per i bambini/ragazzi dovuti a:

- conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli,
- trascuratezza dei figli che degenera in abbandono.

Come era stato osservato già nella prima annualità di Risc, l'analisi dei dati ha evidenziato una correlazione significativa tra la valutazione dei genitori e quella dei minori: più gravi sono le difficoltà dei genitori, più critica è anche la condizione del bambino/ragazzo (fig. 1).

Fig. 1 - Pre-valutazioni dei genitori e dei bambini rispetto alle soglie Risc



Strumenti per la valutazione multidimensionale del bisogno

Tutti gli operatori hanno utilizzato il protocollo completo, diversamente dall'anno precedente in cui alcuni agivano come “gruppo di controllo” e altri come “gruppo sperimentale”. Questa scelta ha facilitato una piena condivisione delle questioni tecniche e metodologiche riguardanti la presa in carico personalizzata e la svalutazione di efficacia. Gli strumenti per la valutazione sono elencati nelle tabelle 1 e 2.

Tab. 1 - Mappa strumenti bambino/ragazzo

Settore	Strumenti di valutazione
Funzionale organico	1. Scheda area organica 2. Scheda area neuromotoria 3. Scheda area delle autonomie
Cognitivo comportamentale	4. Scheda area cognitiva/comunicativa 5. Scheda area apprendimento
Socioambientale e relazionale	6. Scheda area socio-relazionale 7. Scheda area affettivo relazionale 8. Scala di responsabilizzazione 9. Livello di protezione nello spazio di vita

Tab. 2 - Mappa strumenti adulto

Settore	Strumenti di valutazione
Funzionale organico	Cumulative Illness Rating Scale Cage (nel caso di alcolismo) SdS (nel caso di tossicodipendenza)
Cognitivo comportamentale	Hamilton Rating Scale for Depression
Socioambientale e relazionale	Scala di responsabilizzazione Livello di protezione nello spazio di vita EuroQoL – European Quality of Life Questionnaire / Vas

* Nel caso di problemi non considerati da questi strumenti si è fatto ricorso ad ulteriori soluzioni

Attività di supporto alla sperimentazione

Le attività sono state avviate nel periodo aprile-maggio 2011 e si sono concluse a marzo 2012 con l'inserimento dei dati relativi alla valutazione finale.

La sperimentazione è stata monitorata con incontri in loco e a distanza per verificare lo stato di avanzamento dei singoli casi, con feedback tra ricercatori e professionisti sulla documentazione, analizzando i problemi, affinando i metodi, verificando l'andamento e i risultati. In alcuni casi gli incontri hanno avuto un carattere seminariale, di verifica e confronto, così da irrobustire le competenze e migliorare le capacità di presa in carico appropriata dei problemi. Vengono di seguito sintetizzati i principali incontri e i temi trattati.

Roma, 3 febbraio 2011 – presentazione dei risultati dello studio RISC al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e alle Regioni coinvolte nella sperimentazione. All'incontro erano presenti le regioni Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Toscana, Veneto. Nel corso dell'incontro è stata concordata la collaborazione al Rapporto finale della ricerca scrivendo un testo da inserire nella versione del Rapporto pubblicata on-line sul sito del Ministero.

Francavilla al Mare (CH), 23 febbraio 2011 – incontro per presentare i risultati regionali ai referenti della Regione Abruzzo. Insieme a Rosa Borgia e a Concetta Mercante (Ambito di Francavilla al Mare) e a Simona Sardini Di Febo (Ambito di Città Sant'Angelo) è stata concordata l'organizzazione, oltre all'incontro con gli operatori dei due gruppi, anche di un convegno regionale di presentazione dei risultati.

Firenze, 28 febbraio 2011 – incontro di presentazione ai gruppi della Regione Toscana (Zona Valdarno Inferiore e Comune di Firenze) con il coinvolgimento di nuove Zone sociosanitarie. L'incontro si è svolto presso l'Istituto degli Innocenti. I partecipanti alla prima annualità hanno espresso un alto livello di soddisfazione sulla metodologia e la volontà di proseguire nel suo utilizzo. È stata calendarizzata la formazione a supporto della sperimentazione con gli operatori del gruppo sperimentale e del gruppo di

controllo (ampliato a nuovi quartieri della città di Firenze) e a nuove zone sociosanitarie.

Bologna, 7 marzo 2011 - incontro di presentazione ai gruppi della Regione Emilia Romagna (Distretto di Langhirano e Comune di Cesena). I partecipanti hanno evidenziato l'interesse a continuare ampliando la dimensione dei territori impegnati nella sperimentazione a tutto il Distretto (sia di Langhirano che di Cesena). È stata calendarizzata la formazione a supporto della sperimentazione anche con i nuovi operatori. È stato inoltre previsto un convegno regionale di presentazione dei risultati.

Torino, 16 marzo 2011 - incontro di presentazione alle circoscrizioni del Comune di Torino. Entrambi i gruppi sono stati molto soddisfatti dei risultati ed è stato concordato l'intervento di due operatori al convegno regionale e la disponibilità di due altri operatori a scrivere un articolo sull'esperienza. L'incontro regionale è stato calendarizzato per il 15 aprile a Torino, organizzato dalla Regione Piemonte insieme con il Comune.

Firenze, 29 marzo 2011 - incontro di formazione a supporto della sperimentazione per i gruppi di ricerca della Regione Toscana. All'incontro sono state invitate altre zone sociosanitarie. La selezione delle zone si è basata sugli indici di allontanamento territoriali. A conclusione della presentazione sono state raccolte le adesioni delle zone interessate. Si sono dichiarate disponibili alla prosecuzione, oltre alla zona del Valdarno Inferiore (gruppo sperimentale prima annualità) e al Comune di Firenze (gruppo controllo prima annualità), con estensione a tutti i quartieri della città, anche le seguenti zone:

- Società della Salute Alta Valdelsa
- Società della Salute Fiorentina Sud Est
- Zona Pisana
- Società della Salute Mugello

Bologna, 6 aprile 2011 - incontro di formazione a supporto della sperimentazione per i gruppi di ricerca della Regione Emilia Romagna. All'incontro hanno partecipato i gruppi di ricerca del Comune di Cesena (gruppo di controllo prima annualità) e il Distretto Sud Est di Langhirano (gruppo sperimentale prima annualità). L'obiettivo dell'incontro era anche di allargare la sperimentazione alle componenti sanitarie dei due territori.

Potenza, 27 aprile 2011 - presentazione dei risultati ai gruppi di ricerca della Regione Basilicata. All'incontro hanno partecipato i gruppi di ricerca dell'Ambito Basento-Bradano (gruppo sperimentale) e del Comune di Potenza (gruppo controllo). Hanno inoltre partecipato operatori del Comune di Matera interessati a partecipare alla seconda annualità di Risc.

Treviso, 18 maggio 2011 – incontro di presentazione e discussione dei risultati ai referenti della Ulss 9 di Treviso e organizzazione della presentazione allargata ai gruppi partecipanti alla ricerca (Distretti 1-2-3-4 della Ulss 9).

Treviso, 6 giugno 2011 – incontro con la dirigenza dell'Ulss 9 per la definizione del programma dell'incontro territoriale di presentazione dei risultati e per l'analisi dell'andamento dei gruppi di ricerca.

Torino, 21 giugno 2011 – incontro con i gruppi di ricerca e analisi della selezione dei casi e degli inserimenti nel database. Approfondimenti specifici sono stati fatti con gli operatori che nella prima annualità operavano come gruppo di controllo.

Treviso, 24 giugno 2011 – presentazione dei risultati ai distretti della Ulss 9 di Treviso partecipanti alla ricerca Risc. Sono intervenuti Gerardo Favaretto, direttore sociale Azienda Ulss 9 Treviso, Francesco Gallo, dirigente Regione Veneto, Tiziano Vecchiato e Cinzia Canali della Fondazione Zancan. Sono state concordate le modalità e l'agenda di monitoraggio.

Firenze, 7 luglio 2011 – incontro di monitoraggio e supervisione metodologica.

Treviso, 5 settembre 2011 – incontro con gli operatori dei 4 distretti della Ulss 9 per formazione dei nuovi operatori e supporto tecnico e metodologico.

Torino, 4 ottobre 2011 – incontro con i gruppi di ricerca e analisi della selezione dei casi e degli inserimenti nel database. Approfondimenti specifici sono stati fatti con gli operatori che nella prima annualità avevano utilizzato il protocollo di controllo.

Firenze, 11 novembre 2011 – incontro con i gruppi di ricerca della Regione Toscana con presentazione di una prima analisi dei casi inseriti nel database.

Oderzo (TV), 13 dicembre 2011 – incontro con il gruppo di ricerca del distretto 4 e analisi dei casi selezionati.

Breda di Piave (TV), 22 dicembre 2011 – incontro con il gruppo di ricerca del distretto 2 e analisi dei casi selezionati con inserimento dei dati nel database.

Firenze, 23 febbraio 2012 – incontro con i gruppi di ricerca della Regione Toscana e analisi della documentazione inserita.

Bologna, 2 marzo – incontro con i gruppi di ricerca dell'Emilia-Romagna e analisi della documentazione.

Oltre agli incontri di formazione e monitoraggio, l'esperienza dello studio Risc è stata presentata a seminari e convegni organizzati in Italia e all'estero.

Francavilla al Mare (CH), 16 maggio 2011 – convegno regionale in Abruzzo. Il convegno è stato organizzato dal Distretto sociosanitario di Francavilla al Mare in collaborazione con la Fondazione Zancan. Per la regione Abruzzo ha partecipato Lida Modano e, dopo la presentazione dei risultati, sono stati numerosi gli interventi degli operatori impegnati nella sperimentazione.

Cosenza, 24 maggio 2011 – presentazione dei risultati della ricerca al convegno «Famiglie a rischio e minori allontanati. Percorsi di ricerca che si incrociano» organizzato dalla Università della Calabria, Facoltà di Sociologia. Tiziano Vecchiato e Cinzia Canali hanno presentato i risultati della ricerca. È intervenuta Anna Maria D'Andretta, referente regionale Basilicata del progetto Risc, sul tema «Il progetto RISC nella Regione Basilicata: risultati e considerazioni».

Bologna, 31 maggio 2011 – convegno regionale in Emilia Romagna. Il convegno è stato organizzato dalla Regione Emilia Romagna, Assessorato alla Promozione delle politiche sociali e di integrazione per l'immigrazione, volontariato, associazionismo e terzo settore. Agli interventi dell'Assessore Teresa Marzocchi e di Tiziano Vecchiato ha fatto seguito la relazione di Maura Forni, responsabile Servizio Politiche familiari, infanzia e adolescenza, Regione Emilia-Romagna, sul tema «Gli interventi per i minori e le famiglie tra tutela dei diritti personali e promozione di legami». Cinzia Canali ha presentato i risultati della ricerca e i gruppi di operatori hanno evidenziato le modalità di realizzazione della ricerca in Emilia-Romagna. Sono intervenuti per il Comune di Cesena Matteo Gaggi, dirigente e Gaia Di Bartolomeo e Francesco Lucchi, assistenti sociali del Comune di Cesena; per l'Azienda Sociale Sud-Est, Distretto Sud-Est – Parma, Stefania Miodini, Direttore e Laura Dalcò e Laura Stella Sforza, assistenti sociali. Monica Pedroni ha coordinato la discussione e le conclusioni.

Torino, 15 marzo 2011 – convegno «La casa è il regno del bambino» organizzato da «La Bottega del Possibile». È intervenuta Cinzia Canali con una relazione sul tema «La permanenza in famiglia: valutare i rischi e valutare gli esiti».

Torino, 15 aprile 2011 – convegno regionale in Piemonte. Il convegno è stato organizzato dalla Regione Piemonte, Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia. L'incontro di approfondimento è stato coordinato da Antonella Caprioglio con l'introduzione di Raffaella Vitale, direttore Regionale Politiche Sociali. Tiziano Vecchiato ha evidenziato i contenuti della sperimentazione e Cinzia Canali ha presentato i risultati a livello nazionale e a livello locale. Nella sezione principale dell'incontro sono intervenuti gli operatori. Michela Memeo e Veronica Lucchina hanno evidenziato il lavoro svolto da parte degli operatori del Comune di Torino e Luciano Tosco, dirigente Settore Minori Comune di Torino, ha contestualizzato la ricerca nell'ambito delle attività del Comune. Antonella Caprioglio ha concluso l'incontro delineando i caratteri e gli obiettivi della seconda annualità.

Malosco (TN), 27 giugno 2011 – presentazione dei risultati della ricerca al seminario di ricerca “How to support Professionals to use evidence in direct practice?” organizzato dalla Fondazione Zancan in collaborazione con l'International Association for outcome-based evaluation and research in family and children's services. Sono intervenuti: Frank Ainsworth, Australia; Jane Aldgate, England; Mary Berry, Usa; Chiara Berti, Italia; Nina Biehal, England; Marian Brandon, England; Annamaria Campanini, Italia; Cinzia Canali, Italia; Dario A. Colombo, Italia; Mark Ezell, Usa; Elizabeth Fernandez, Australia; Hans Grietens, Belgium; Anita Lightburn, Usa; Colette McAuley, England; Patricia McNamara, Australia; Elisabetta Neve, Italia; Wendy Rose, England; June Thoburn, England; Tiziano Vecchiato, Italia; Chris Warren-Adamson, England; Jim Whittaker, Usa; Anat Zeira, Isdraele.

Bolzano, 29 giugno 2011 – Presentazione dei risultati della Ricerca Risc con una relazione sul tema «Risultati da un ambiente di ricerca su servizi, esiti e valutazione dei bisogni». Il convegno dal tema: «Usare le prove di efficacia nei servizi per l'infanzia e la famiglia: cosa ci insegnano gli altri paesi» - «Integrating evidence-based practices in child and family services: lessons learned from different countries», è stato organizzato dalla Fondazione Emanuela Zancan onlus in collaborazione con la Libera Università di Bolzano e l'International Association for Outcome-based Evaluation and Research on Family and Children's Services.

York (UK), 27-29 luglio 2011 – Presentazione dei risultati della ricerca Risc con una relazione di Cinzia Canali sul tema «Combining qualitative and quantitative methods for assessing the wellbeing of children in need», nell'ambito della Isci Conference (International Society for Child Indicators).

Graz (Austria), 19-21 settembre 2011 – Presentazione dei risultati della ricerca Risc con una relazione di Cinzia Canali sul tema «Measuring the life space of children. Findings from a multi-site research», nell'ambito del 5th International Conference of the Foster Care Network.

Torino, 3 ottobre 2011 – Presentazione dei risultati della ricerca Risc con una relazione sul tema «La valutazione di esito. Esperienze in Italia e in altri paesi», organizzato nell'ambito di un progetto formativo con operatori della cooperativa Pozzo di Sichar.

Bologna, 7 ottobre 2011 - Presentazione dei risultati della ricerca Risc con una relazione sul tema: «La valutazione di esito degli interventi con i 'minori' a rischio di allontanamento. Risultati dallo studio Risc», organizzato dal Ceis di Bologna.

Padova, 24 novembre 2011 – seminario di approfondimento con i referenti regionali e gli operatori coinvolti nel progetto Risc.



Referenti Unità operative al seminario del 24 novembre 2011

L'ANALISI DELLA DOMANDA

Bambini e ragazzi inclusi nello studio

La sperimentazione è stata condotta in 6 Regioni, con il coinvolgimento di 16 gruppi di lavoro: 1 in Abruzzo, 2 in Basilicata, 2 in Emilia-Romagna, 1 in Piemonte, 6 in Toscana, 4 in Veneto. Hanno aderito alla prosecuzione tutte le regioni della prima annualità, con allargamento territoriale in Toscana e in Emilia-Romagna.

Fig. 1 – Gruppi di lavoro coinvolti nella sperimentazione per regione



Nel complesso, in 9 mesi di sperimentazione, da giugno 2011 a febbraio 2012, sono stati considerati 114 minori a rischio di allontanamento. L'estensione alle nuove zone toscane ha fatto sì che quasi metà dei bambini inclusi nello studio fossero presi in carico da gruppi di lavoro della Regione Toscana (tab. 1).

Tab. 1 – Numero di casi inclusi nello studio, per regione e gruppo

Regione	Numero	Percentuale
Abruzzo	10	8,8
Basilicata	6	5,3
Emilia Romagna	16	14,0
Piemonte	16	14,0
Toscana	56	49,1
Veneto	10	8,8
Totale	114	100,0

Il gruppo dei 114 bambini/ragazzi è composto da 52 femmine e 62 maschi. Il più piccolo ha 3 mesi e il più grande 17 anni. Quasi la metà dei bambini è in età della scuola primaria (6-10 anni), il 21% in età della scuola secondaria di I grado (11-13 anni), un quarto in età della scuola secondaria di II grado (14-17 anni). Una minoranza è in età prescolare, da 0 a 5 anni. L'età media è di 10 anni. La maggior parte dei bambini ha cittadinanza italiana (94), 20 (17%) sono stranieri, per lo più Africani e dell'Europa dell'Est.

Fig. 2 – Profilo dei bambini/ragazzi inclusi nello studio

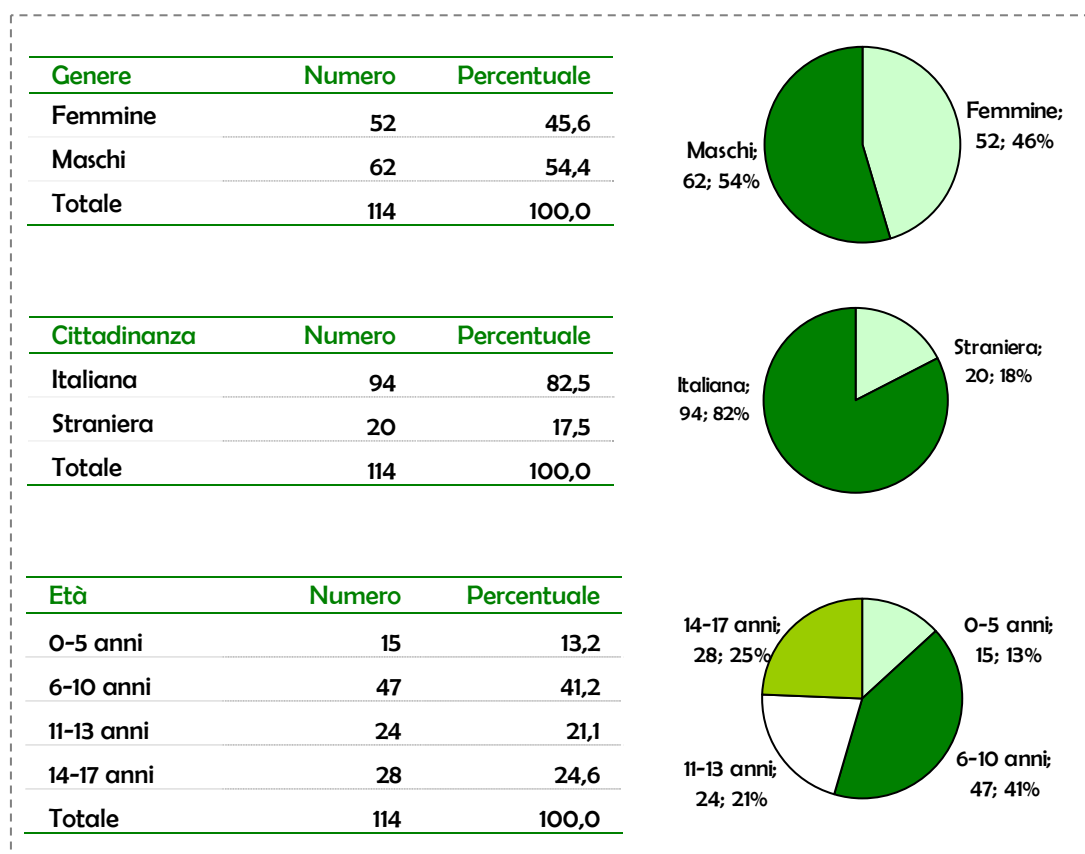
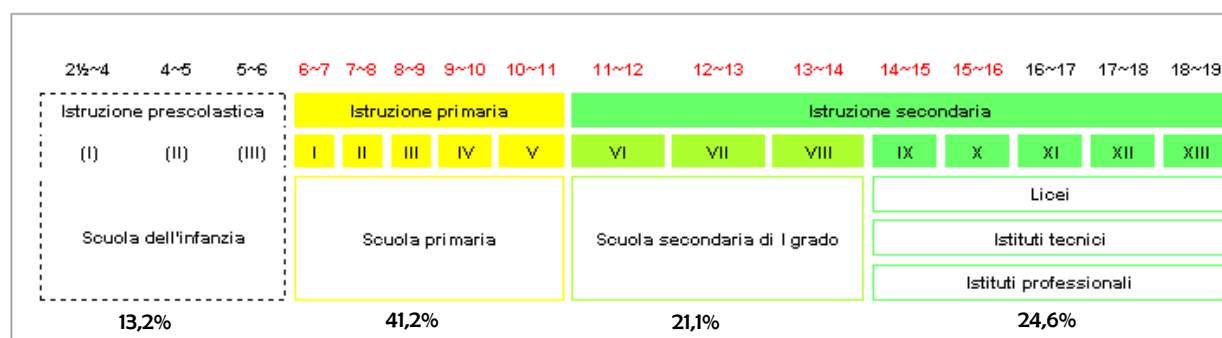


Fig. 3 – Profilo per livello di situazione

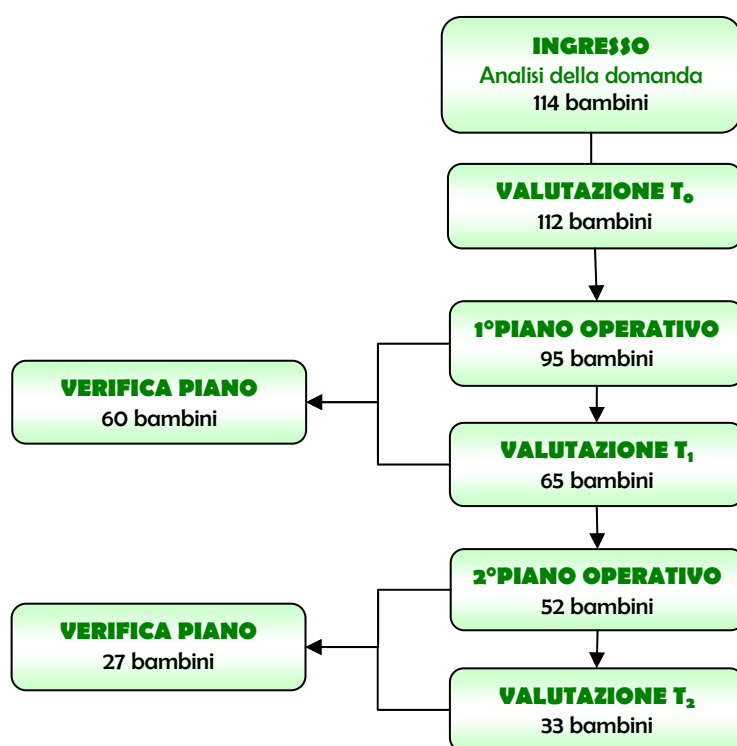


Il successivo diagramma (fig. 4) rappresenta il processo di analisi. Il 98% dei bambini inclusi nello studio è stato valutato a T₀ (112 su 114), con descrizione

della storia personale, analisi dei problemi e delle potenzialità. Successivamente all'analisi del bisogno e delle capacità (con valutazione S-P), gli operatori hanno costruito il piano operativo, definendo obiettivi, risultati attesi, strategie di azione e fattori osservabili di esito (valutazione F-O). Il piano operativo è stato compilato per 95 bambini, l'83% del totale.

Dopo circa 3 mesi, in seguito all'implementazione del piano, i bambini sono stati rivalutati con gli stessi strumenti di valutazione. La valutazione a T_1 è disponibile per 65 minori, pari al 57% dei casi. Non per tutti i bambini è disponibile la valutazione a T_2 , perché alcuni sono stati inseriti nel programma all'inizio dell'anno 2012, cioè quasi alla fine dell'annualità e non è stato possibile rivalutarli entro il termine di chiusura della sperimentazione, ma solo successivamente. In seguito alla verifica e valutazione del primo piano operativo, per 52 casi (46%) è stato formulato un secondo piano di lavoro.

Fig. 4 – Diagramma di flusso per i bambini/ragazzi inclusi nello studio



L'analisi di completezza

L'insieme dei dati inseriti è stato sottoposto ad analisi di completezza, per valutare le informazioni raccolte, la loro rispondenza al fabbisogno conoscitivo necessario per la presa in carico appropriata e per approfondire adeguatamente criticità e fattori di rischio.

La raccolta delle informazioni è stata facilitata dall'utilizzo del software S-P, attraverso la verifica sulla presenza di una serie di variabili, necessarie per l'analisi e la valutazione. Le variabili, organizzate per macro fasi del processo di presa in carico, sono rappresentate nella successiva figura 5.

Fig. 5 – Analisi di completezza: elenco variabili considerate

1. Analisi della domanda

Dati anagrafici

- sesso
- data di nascita

La domanda

- chi presenta la domanda
- richiesta espressa e ridefinita

Persone di riferimento

Condizione economica

Condizione abitativa

Operatori

2. Analisi del problema a T₀

Storia personale

Scale di valutazione

- Area funzionale organica
- Area cognitivo comportamentale
- Area socio relazionale
- Sistema delle responsabilità

Diagnosi e sintesi dei problemi

- sintesi problemi e potenzialità
- compilatori

3. Programma delle attività (T₀-T₁)

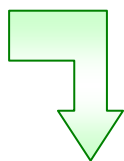
Problemi e obiettivi

- obiettivi condivisi
- strategia d'azione

Azioni e risultati attesi

- azioni
- aree di osservazione
- periodo di osservazione
- prestazioni
- quantità
- soggetti delle prestazioni
- fattori osservabili

Condivisione responsabilità



4. Analisi del problema a T₁

Scale di valutazione

- Area funzionale organica
- Area cognitivo comportamentale
- Area socio relazionale
- Sistema delle responsabilità

5. Verifica e valutazione (a T₁)

Verifica attuazione piano

Verifica risultati attesi (valori a T₁)

Valutazione dei risultati

- valutazione
- indicazioni sul caso
- compilatori

6. Programma delle attività (T₁-T₂)

Problemi e obiettivi

- obiettivi condivisi
- strategia d'azione

Azioni e risultati attesi

- azioni
- aree di osservazione
- periodo di osservazione
- prestazioni
- quantità
- soggetti delle prestazioni
- fattori osservabili

Condivisione responsabilità



7. Analisi del problema a T₂

Scale di valutazione

- Area funzionale organica
- Area cognitivo comportamentale
- Area socio relazionale
- Sistema delle responsabilità

8. Verifica e valutazione (a T₂)

Verifica attuazione piano

Verifica risultati attesi (valori a T₂)

Valutazione dei risultati

- valutazione
- indicazioni sul caso
- compilatori

Vediamo i risultati dell'analisi di completezza informativa. La prima sezione, relativa ai dati anagrafici e all'analisi del bisogno, presenta un alto livello di inserimento dei dati necessari. Le informazioni di base richieste erano 8 e gli operatori ne hanno fornite in media 7,6. Sono praticamente sempre indicati il genere, la data di nascita, chi ha presentato la domanda e le persone di riferimento. La descrizione del bisogno, in termini di richiesta espressa o ridefinita dall'operatore, è indicata per 111 bambini (97% dei casi). In più dell'80% dei casi sono disponibili anche informazioni sulla condizione economica e abitativa e sugli operatori che hanno raccolto le informazioni (tab. 2).

Analisi della domanda

Come è noto, queste ultime informazioni non sono facili da raccogliere. Ad esempio quelle economiche vengono raccolte per via amministrativa quando sono richiesti contributi economici e altre forme di sostegno, ma non altrettanto per valutazioni cliniche di bisogno/capacità.

Tab. 2 – Livello di inserimento dati nella fase 1: Analisi della domanda

	Numero	Percentuale
Sesso	112	98,2
Data di nascita	113	99,1
Chi presenta la domanda	113	99,1
Bisogno: richiesta espressa e ridefinita	111	97,4
Persone di riferimento	113	99,1
Condizione economica	100	87,7
Condizione abitativa	106	93,0
Operatori	99	86,8

La seconda sezione prevede la valutazione del minore (9 strumenti), la descrizione sintetica della storia personale, la sintesi dei problemi e delle potenzialità. La descrizione della storia personale è quasi sempre presente (nel 98% dei casi), con informazioni sugli eventi significativi per il bambino e la sua famiglia, sulla personalità, sui rapporti familiari e la rete relazionale.

La valutazione multidimensionale è presente per 107 bambini, il 94% del totale. Nella maggior parte dei casi la valutazione è completa. Non tutte le scale presentano lo stesso livello di completezza, si va da un minimo dell'83% per la sub-area cognitiva comunicativa a un massimo del 91% per la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione spazio vita (tab. 4).

Il livello di inserimento dei dati è elevato anche per quanto riguarda la sintesi dei problemi e delle potenzialità, compilata nell'89% dei casi, con il dettaglio sugli operatori che hanno tracciato l'analisi del problema (90%). Quest'ultimo aspetto è tra le priorità affidate alla seconda annualità, per capire il livello e le modalità di integrazione professionale e sociosanitaria in tutto l'arco dell'intervento, già dalla fase conoscitiva e di valutazione del bisogno e del rischio.

Analisi del
problema a T₀

Tab. 3 – Livello di inserimento dati nella fase 2: Analisi del problema a T₀

	Numero	Percentuale
Storia personale	112	98,2
Valutazione scale T ₀	107	93,9
Sintesi problemi e potenzialità	101	88,6
Compileri	103	90,4

Tab. 4 – Livello di inserimento dati nella fase 2: Scale di valutazione a T₀

	Numero	Percentuale
Sub-area organica	98	86,0
Sub-area psicomotoria	97	85,1
Sub-area autonomie	99	86,8
Sub-area cognitiva comunicativa	95	83,3
Sub-area apprendimento	95	83,3
Sub-area sociorelazionale	100	87,7
Sub-area affettivo-relazionale	98	86,0
Scala di responsabilizzazione	104	91,2
Livello di protezione spazio vita	104	91,2

Nella fase 3 gli operatori hanno programmato le attività, definendo gli obiettivi, la strategia d'azione, le prestazioni professionali, i fattori osservabili e le responsabilità di ogni persona nel piano.

Il primo piano operativo è stato compilato per 95 bambini, pari all'83% del totale, con livello di completezza che varia da sezione a sezione. Gli obiettivi, la strategia e le azioni sono descritti in più dell'80% dei casi. Le aree di osservazione, le prestazioni, i fattori osservabili e gli operatori che condividono il piano sono stati specificati per tre quarti dei casi (73-76%).

Livelli più bassi di adesione, intorno al 60%, sono stati osservati per le date di inizio e fine attività, le quantità delle prestazioni professionali (numero di ore, soggetto, altro) e i soggetti responsabili delle prestazioni (tab. 5). Questo ci ha sollecitato ad approfondire, come vedremo, i contenuti della "scatola nera" ovvero le componenti del piano operativo (azioni e interventi) messe in atto per il raggiungimento dei risultati attesi.

Programma delle attività (T₀-T₁)

Tab. 5 – Livello di inserimento dati nella fase 3: Programma delle attività (T₀-T₁)

	Numero	Percentuale
Obiettivi condivisi	95	83,3
Strategia d'azione	94	82,5
Azioni	92	80,7
Aree di osservazione	86	75,4
Periodo di osservazione	76	66,7
Prestazioni	83	72,8
Quantità	71	62,3
Soggetti delle prestazioni	63	55,3
Fattori osservabili	87	76,3
Condivisione responsabilità	86	75,4

Per 65 su 114 sono disponibili due valutazioni, a T₀ e a T₁. Il livello di completezza delle scale a T₁ varia da un minimo del 53% nella sub-area cognitiva e dell'apprendimento a un massimo del 57% per la sub-area socio relazionale (tab. 6).

Analisi del problema a T₁

Tab. 6 – Livello di inserimento dati nella fase 4: Scale di valutazione a T₁

	Numero	Percentuale
Sub-area organica	62	54,4
Sub-area psicomotoria	62	54,4
Sub-area autonomie	64	56,1
Sub-area cognitiva comunicativa	61	53,5
Sub-area apprendimento	61	53,5
Sub-area sociorelazionale	65	57,0
Sub-area affettivo-relazionale	63	55,3
Livello di protezione spazio vita	63	55,3
Scala di responsabilizzazione	63	55,3

Nella quinta fase gli operatori hanno verificato l'attuazione delle attività programmate e valutato i risultati ottenuti, tenendo conto della valutazione multidimensionale e del raggiungimento degli obiettivi di cui avevano identificato fattori osservabili. La verifica del primo piano operativo è documentata per 60 bambini, il 53% del totale. I livelli di completezza delle singole componenti variano tra il 43 e il 50% (tab. 7).

Verifica e valutazione a T₁

Tab. 7 – Livello di inserimento dati nella fase 5: Verifica e valutazione a T₁

	Numero	Percentuale
Verifica attuazione piano	53	46,5
Verifica risultati attesi	57	50,0
Valutazione dei risultati	52	45,6
Prosecuzione	54	47,4
Compileri	49	43,0

Le fasi successive fanno riferimento al secondo piano operativo, riformulato o confermato in base alle valutazioni degli operatori. Per 52 minori (46%) è presente un secondo piano operativo, verificato per 27 bambini (24%). Per 33 bambini (29%) vi è anche una terza valutazione multidimensionale a T₂. Le quantità dipendono dai tempi con i quali è avvenuto l'arruolamento dei casi. Se, ad esempio, un bambino è stato segnalato ai servizi nella fase conclusiva del progetto non poteva avere più di una valutazione. La coerenza di informazioni quindi non è sempre da considerare una perdita o un indice di minore impegno professionale, ma anche una fotografia dell'andamento del rapporto bisogni e risposte nei territori coinvolti.

Analisi a T₂

Tab. 8 – Livello di inserimento dati nella fase 6: Programma delle attività (T₁-T₂)

	Numero	Percentuale
Obiettivi condivisi	51	44,7
Strategia d'azione	51	44,7
Azioni	50	43,9
Aree di osservazione	43	37,7
Periodo di osservazione	42	36,8

	Numero	Percentuale
Prestazioni	47	41,2
Quantità	37	32,5
Soggetti delle prestazioni	38	33,3
Fattori osservabili	50	43,9
Condivisione responsabilità	49	43,0

Tab. 9 – Livello di inserimento dati nella fase 7: Scale di valutazione T₂

	Numero	Percentuale
Sub-area organica	33	28,9
Sub-area psicomotoria	33	28,9
Sub-area autonomie	33	28,9
Sub-area cognitiva comunicativa	33	28,9
Sub-area apprendimento	33	28,9
Sub-area sociorelazionale	33	28,9
Sub-area affettivo-relazionale	33	28,9
Livello di protezione spazio vita	27	23,7
Scala di responsabilizzazione	27	23,7

Tab. 10 – Livello di inserimento dati nella fase 8: Verifica e valutazione a T₂

	Numero	Percentuale
Verifica attuazione piano	22	19,3
Verifica risultati attesi	24	21,1
Valutazione dei risultati	26	22,8
Prosecuzione	27	23,7
Compileri	26	22,8

La sintesi di adeguatezza, considerando il totale di 114 minori a rischio di allontanamento inclusi nello studio, è rappresentata nella tabella 11.

Tab. 11 – Livello di inserimento dati in tutte le fasi

	Numero	Percentuale
1. Analisi della domanda	114	100,0
2. Analisi del problema a T ₀	112	98,2
3. Programma delle attività (T ₀ -T ₁)	95	83,3
4. Analisi del problema a T ₁	65	57,0
5. Verifica e valutazione a T ₁	60	52,6
6. Programma delle attività (T ₁ -T ₂)	52	45,6
7. Analisi del problema a T ₂	33	28,9
8. Verifica e valutazione a T ₂	27	23,7

Grazie all'analisi di completezza è stato calcolato un indice per ogni caso inserito. Misura il livello di completezza informativa. Il livello è elevato, ovvero superiore all'80%, per circa un quarto dei casi considerati. È compreso tra il 60% e l'80%, per un altro quarto di casi. Sono indici che non dipendono, come abbiamo appena detto, soltanto dall'impegno degli operatori ma anche dai tempi in cui è avvenuta la conoscenza e la prima valutazione dei casi a rischio di allontanamento.

Le analisi successive terranno conto di tali indici, per valutare i risultati e gli esiti dei progetti di presa in carico personalizzata. Nella prima annualità la selezione dei casi con una completezza delle informazioni superiori al 60% aveva portato ad una riduzione tecnica dei casi, passando da 125 casi a 96 (-25%).

Fig. 6 – Valori medi dell'indice di completezza per regione

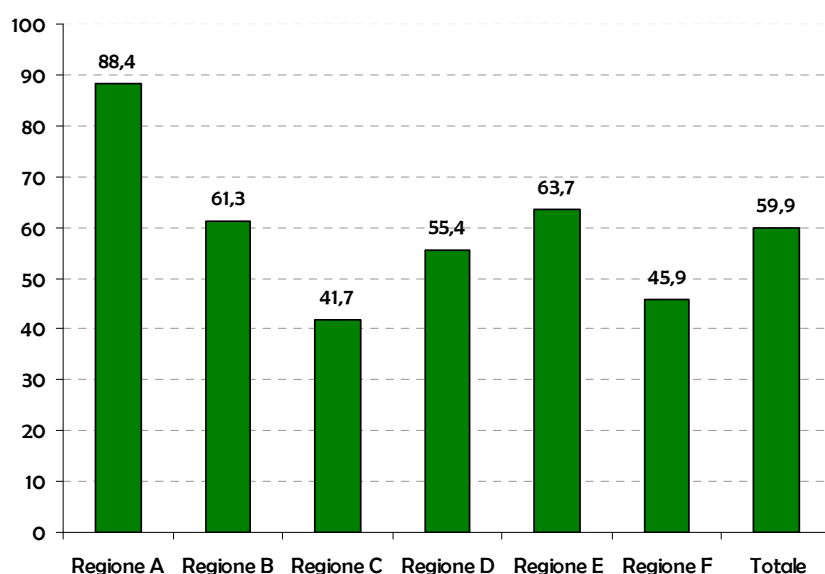
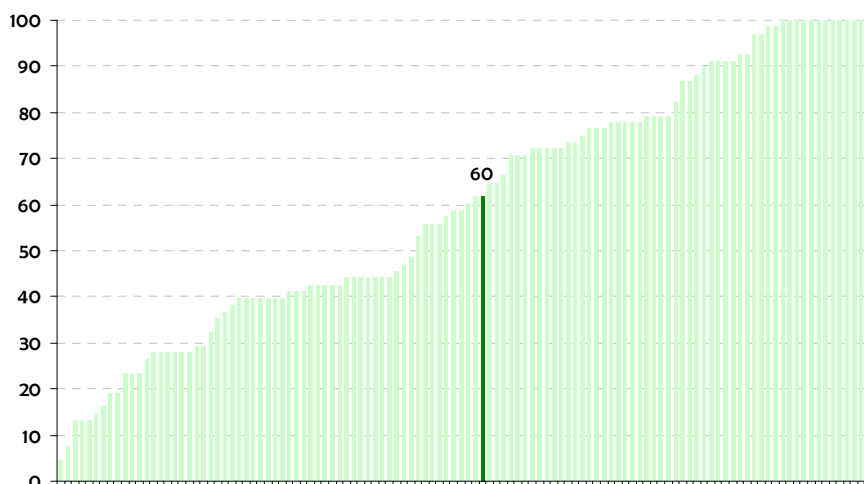


Fig. 7 – Indici di completezza (da 0 a 100) per tutti i minori inclusi nello studio



Un'ultima osservazione riguarda la finalizzazione di questa analisi. È stata utilizzata durante lo studio per aiutare gli operatori a monitorare la completezza

informativa, necessaria per una visione approfondita e globale. In questo modo gli operatori hanno potuto meglio distinguere tra completezza informativa, misurata con un indice di adesione al protocollo, e appropriatezza delle scelte professionali, che è necessaria per potenziare l'efficacia. Entrambe queste componenti si sono rivelate molto utili per l'analisi e le valutazioni di esito.

Chi ha chiesto aiuto

La prima fase del percorso di presa in carico prevedeva l'analisi del bisogno del minore e della famiglia, documentando chi ha presentato la domanda di aiuto e quale bisogno specifico è emerso, in termini di richiesta espressa o ridefinita. In questa fase gli operatori hanno raccolto anche informazioni relative al nucleo familiare del bambino, alle persone di riferimento, alla condizione economica e abitativa del nucleo familiare (Diomede Canevini M., 1993; Lippi A., 2002; Anfossi L., 2011).

Nella maggior parte dei casi (66%) sono stati direttamente i genitori a presentare la domanda di aiuto, quasi sempre la madre. Altre segnalazioni sono state formulate dalla scuola (11%), a cura di insegnanti o dirigenti scolastici, dal tribunale dei minori, questura e carabinieri, da assistenti sociali e neuropsichiatri. In alcuni casi a presentare richiesta di aiuto sono stati altri familiari, amici e conoscenti.

Chi presenta la domanda

Tab. 12 – Chi presenta la domanda

Area	Chi presenta la domanda	Numero	Percentuale
Genitori	Madre	64	58,7
	Padre	8	7,3
	<i>Totale</i>	<i>72</i>	<i>66,1</i>
Familiari	Nonno/a	3	2,8
Amici/conoscenti	Compagno del genitore	1	0,9
	Amico/conoscente	1	0,9
	<i>Totale</i>	<i>2</i>	<i>1,8</i>
Scuola	Insegnante/Dirigente	6	5,5
	Dirigente scolastica	6	5,5
	<i>Totale</i>	<i>12</i>	<i>11,0</i>
Area sociale e sanitaria	Assistente sociale	7	6,4
	Neuropsichiatra	3	2,8
	<i>Totale</i>	<i>10</i>	<i>9,2</i>
Giustizia	Tribunale Minori	8	7,3
	Questura/Carabinieri	2	1,8
	<i>Totale</i>	<i>10</i>	<i>9,2</i>
Totale		109	100,0

In sintesi, nel 71% dei casi la segnalazione arriva dalle famiglie, mentre nel 29% è a cura di professionisti. In quasi tutti i casi (85%) la persona di riferimento da contattare è stata identificata in uno dei due genitori, la madre quasi sempre. Vi sono, tuttavia, 15 bambini per cui il genitore non è figura di riferimento e viene indicata un'altra persona: un familiare o un professionista (assistente sociale, educatore, insegnante, neuropsichiatra).

Persone di riferimento da contattare

Domande

Vediamo quali sono state le ragioni prevalenti per accedere ai servizi, chiedere aiuto, avviare un rapporto con i servizi del territorio.

Nel 16% dei casi prevale la richiesta di sostegno economico (sussidio “per presenza di tanti figli e per aver perso il lavoro”, “per la spesa”, “per bollette”, “in seguito a separazione”), o di facilitazioni economiche (per esempio, “esonero dal pagamento della retta del nido”). Il 5% dei casi esprime una richiesta di un sostegno abitativo, nella forma di “una casa dove poter vivere”, un “sostegno abitativo in seguito a sfratto esecutivo”, accesso agli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Richiesta espressa

Nell'11% dei casi, le richieste espresse hanno comportato interventi di indagine, monitoraggio, osservazione socio-familiare e/o psicosociale. La richiesta di tali accertamenti riguardava “verifica delle condizioni di vita del nucleo”, per esempio a seguito di lutti, carcerazione di uno dei genitori, “monitoraggio della condizione familiare”, “analisi della situazione familiare”, la “condizione di vita dei minori”, la “situazione scolastica” e quella “durante le ore extrascolastiche”. Nel 25% dei casi vengono chiesti interventi di sostegno al minore, a seguito di difficoltà riscontrate nel nucleo. Le richieste sono espresse in termini di:

- sostegno educativo/psicopedagogico (scolastico o extrascolastico), volti a superare le difficoltà scolastiche e/o a contenere comportamenti disfunzionali (per esempio, “atteggiamenti aggressivi e provocatori”);
- assistenza educativa domiciliare, per avere un affiancamento nello “svolgimento dei compiti” e “nello studio”;
- interventi di sostegno psicologico;
- accesso a servizi per l'infanzia (per esempio, “avere un posto al nido”, disporre di “servizi educativi-ricreativi per il periodo estivo”).

Nel 19% dei casi vengono chiesti in modo esplicito *interventi di sostegno alle funzioni genitoriali*, in termini di:

- sostegno alla genitorialità, nella gestione di situazioni conflittuali (separazione tra i coniugi), in momenti di fragilità psico-fisica, ricostruzione dei rapporti con i figli dopo un periodo di interruzione (a causa di separazione);
- difficoltà nella gestione educativa e nella relazione con il minore, ad esempio per difficoltà “nella comprensione di alcuni comportamenti” del minore, nella gestione dei conflitti derivanti da comportamenti provocatori, aggressivi, violenti, o per l'uso di sostanze stupefacenti;
- difficoltà nella gestione del rapporto con il partner o l'ex partner;
- sostegno psicologico/ ascolto delle problematiche familiari.

Gli operatori segnalano carenze ed inadeguatezze nell'esercizio delle funzioni genitoriali, sia sul piano della cura del minore, sia a livello educativo ("la madre non appare né affidabile, né pienamente accudente nei confronti della bambina", "carenze educative ad accudire in maniera adeguata la figlia", "modalità trascuranti dei genitori"). In altri casi, l'incapacità deriva dall'elevata conflittualità di coppia, che non permette agli adulti di riconoscere i bisogni dei figli ("viene rilevata un'altissima conflittualità tra gli adulti, che spesso utilizzano i figli per nuocersi vicendevolmente. Accade spesso di rilevare che entrambi gli adulti non hanno nei loro spazi mentali i bisogni e le esigenze dei ragazzi, ma soltanto le loro"; "alta conflittualità tra gli adulti del nucleo e incapacità di questi ad occuparsi della minore in modo adeguato").

In altri casi, i genitori soffrono di gravi problemi, ad esempio psichiatrici o comportamentali ("il padre a seguito della separazione conflittuale ha messo in atto due tentati suicidi", "la madre presenta disturbi del comportamento").

Nell'8% dei casi, vengono indicate problematiche inerenti il minore, come disturbi psicologici e comportamentali, abbandono scolastico, difficoltà nel contesto sociale, maltrattamenti e violenza.

Infine, in alcuni casi gli operatori indicano la necessità di "sostegno per la richiesta di affidamento del figlio", "sostegno per le problematiche sanitarie emerse"; necessità di attivare "incontri protetti padre-figlio, come richiesto anche dal tribunale per i minorenni".

Nell'8% dei casi, il bisogno espresso si sostanzia in termini di richiesta di tutela per trascuratezza/abbandono, oppure per maltrattamenti, violenze o abusi.

Nel 14% dei casi la richiesta è per problematiche quali:

- disturbi psicologici, comportamentali, come per esempio "attacchi di panico", "fobie", "tricotillomania", oppure "comportamenti aggressivi", etero-diretti (verso compagni, insegnanti, genitori), o auto-diretti, come tentare di "buttarsi dalla finestra" (da cui la richiesta di allontanamento dal nucleo familiare);
- inadempienze nella frequenza scolastica, ("evasione dell'obbligo scolastico");
- problemi di apprendimento.

Sono inoltre segnalati problemi inerenti a difficoltà particolari: "sola, invalida civile, con un figlio in stato di disabilità grave", "disturbi del comportamento", "maltrattata dal coniuge".

Nel 7% dei casi, il bisogno ridefinito è di tipo economico, con "supporto economico al nucleo familiare", "contributo economico". Nel 4% dei casi, gli operatori indicano l'opportunità di attivare, o proseguire, un'assistenza domiciliare, "per l'igiene della casa", o perché "la madre ha appena partorito, si trova in ospedale ed è necessario organizzare un presidio non appena rientra a casa".

Per molti casi, sono necessari interventi di indagine, monitoraggio, osservazione o valutazione socio-familiare/psicosociale: nella forma di "indagine socio-familiare in riferimento alla capacità genitoriale"; oppure "monitoraggio della situazione familiare", "monitoraggio circa lo sviluppo fisico, emotivo, relazionale".

Richiesta ridefinita

le ed affettivo della bambina”, “monitoraggio della situazione con finalità di tutela del minore”; oppure approfondimento delle “origini/cause del disagio espresso dalla bambina”, “consulenza e osservazione educativa in merito a comportamenti adultizzati e sessualizzati della bambina”. Nel 39% dei casi, gli operatori segnalano la necessità di interventi di sostegno al minore, in termini di:

- sostegno generico (“interventi di supporto”);
- sostegno educativo/psicopedagogico (scolastico o extrascolastico), inteso come “intervento educativo” teso a sostenere il minore nel suo sviluppo affettivo e comportamentale, e come sostegno scolastico (“assistenza scolastica e un incremento di ore dell’insegnante di sostegno”, “intervento scolastico per favorire l’integrazione”);
- assistenza educativa domiciliare;
- sostegno psicologico/psicoterapeutico;
- supporto nella relazione con i genitori (“favorire e migliorare il legame di attaccamento con la figura materna”, “supporto a seguito della confusione creata dai genitori, che proponevano stili educativi conflittuali a causa dei diversi modi di concepire la realtà”);
- servizi intermedi, spazi di socializzazione in orario extrascolastico (“offrire spazi aggregativi extrascolastici”, “inserimento in centro diurno”, “partecipazione a un doposcuola e al centro estivo”), al fine di favorire la crescita socio-relazionale e l’uscita dall’isolamento rispetto ai coetanei e all’ambiente”.

Nel 33% dei casi, la richiesta ridefinita è di sostegno alle funzioni genitoriali:

- “sostegno complessivo al nucleo nello svolgimento delle funzioni genitoriali ed educative e nella tutela della minore”, “necessità di aiutare la mamma ... nell’accompagnamento della crescita del figlio, lavorando per riuscire a superare la forte relazione simbiotica che c’è fra loro”, “sostegno e mediazione nella relazione tra ... i genitori e la figlia”;
- sostegno nella relazione di coppia, “aiuto per gestire il rapporto con il marito (conflittuale)”, supporto nella “definizione del rapporto con il compagno”, “sostegno ... nel rapporto con l’ex-compagno e padre della minore”;
- Sostegno psicologico/psicoterapeutico (per “terapia familiare”), ascolto per “accompagnamento e supporto ... nella rielaborazione degli eventi”.

L’8% dei casi necessita di una presa in carico del minore e del nucleo familiare da parte dei servizi, su mandato dell’autorità giudiziaria. Vi è la necessità di una presa in carico integrata (“tra scuola, servizio sociale e neuropsichiatria infantile”, o “ da parte dei servizi territoriali sanitari e sociali”). Il bisogno ridefinito è di tutelare il minore a rischio, ovvero “porre in essere azioni di tutela per il minore”, “intervenire per proteggere da eventuali abusi”, segnalare “sospetto abuso sul figlio da parte del padre”, in particolare tutelare i “minori presenti nel nucleo molto conflittuale”.

Tab. 13 –Richieste espresse e ridefinite: categorie, sottocategorie e riferimenti associati, numero riferimenti e percentuali

Categorie	Esprese		Ridefinite	
	N.	%	N.	%
Sostegno economico	18	16	8	7
Sostegno abitativo	6	5	2	2
Assistenza domiciliare	--	--	4	4
Indagine, monitoraggio, osservazione, valutazione socio-familiare/ psi-cosociale	13	11	16	14
Interventi di sostegno al minore:	29	25	45	39
- Sostegno generico				
- Sostegno educativo/ psicopedagogico (scuola o extrascolastico)				
- Assistenza educativa domiciliare				
- Sostegno psicologico				
- Supporto nella relazione con i genitori				
- Servizi intermedi / Spazi di socializzazione				
Interventi di sostegno alle funzioni genitoriali	22	19	38	33
- Sostegno ai ruoli e alle responsabilità genitoriali				
- Sostegno nella relazione tra genitori				
- Sostegno psicologico/ di ascolto				
Presenza in carico da parte dei servizi	5	4	9	8
Tutela di minori a rischio	9	8	5	4
Carenze nelle funzioni genitoriali	3	3	13	11
Problematiche inerenti il minore	16	14	9	8
Modifica accordi riguardanti affidamento figli/visite	3	3	--	--
Altro	--	--	7	6

L'analisi evidenzia l'impegno degli operatori nel considerare la domanda e trasformarla in un primo riconoscimento e definizione del problema da sottoporre ad approfondimento per valutare bisogni e capacità. È la base tecnica necessaria per orientare il lavoro dalle prestazioni ai progetti personalizzati e per sottrarre i servizi dalla dinamica domanda-risposta che spesso ostacola il lavoro e il necessario apporto professionale.

Di cosa già usufruiscono i bambini/ragazzi

Per molte situazioni non si tratta del primo accesso ai servizi ma di una storia caratterizzata dal rapporto con diverse istituzioni che hanno erogato aiuti di varia natura. Come evidenziato prima, un'area di aiuto comprende interventi di natura economica e di sostegno abitativo. Nello specifico, il 12% dei casi usufruisce di sostegni economici, in termini di "contributi economici" di integrazione al reddito (mensili, occasionali, saltuari), o sotto forma di "esonero nido", "esonero spese scolastiche", "esonero mensa". Altre forme di sostegno sono le facilitazioni per l'alloggio ("appartamento a canone agevolato", o "alloggio di edilizia residenziale pubblica") e assegni di invalidità.

Una seconda area comprende interventi e servizi socio-educativi, socio-assistenziali e sociosanitari. Il 18% dei casi beneficia di assistenza educativa domiciliare (appoggio, sostegno educativo domiciliare), finalizzata a migliorare le difficoltà di comportamento e apprendimento, sostenendo e promuovendo le responsabilità educative e affettive della famiglia. Il 7% usufruisce di assistenza educativa (interventi educativi, ricreativi, musicoterapia), il 5% di assistenza educativa territoriale. Il 6% dei casi fruisce di sostegno scolastico (“assistenza scolastica per l'autonomia e la comunicazione”, “appoggio educativo scolastico”, attivazione dell’“insegnante di sostegno”). Il 6% dei casi usufruisce di interventi di sostegno alla genitorialità, per esempio “colloqui di sostegno con il servizio sociale”. Il 10% dei casi usufruisce di servizi intermedi, come centri diurni, o accesso a strutture e spazi di socializzazione, ricreazione e tempo libero, come centri educativi, ludoteche. In due casi, è stato attuato un inserimento temporaneo della madre e del minore in struttura residenziale (“casa di accoglienza”, “appartamento protetto”).

Una terza area di prestazioni comprende interventi e servizi sanitari. Il 16% dei casi beneficia di interventi e valutazioni di neuropsichiatria infantile o di “visite di controllo”, colloqui, osservazioni neuropsicologiche. L'11% beneficia di sostegno psicologico individuale, rivolto al minore, e/o sostegno alla coppia genitoriale. Il 5% dei casi usufruisce di interventi di riabilitazione logopedica; seguono altre prestazioni sanitarie (“protesi sanitarie per sordità”, “infermieristiche”) e interventi di monitoraggio medico specialistico, quali visita foniatrica, servizio educativo riabilitativo, riabilitazione psicomotoria.

Tab. 14 – Prestazioni di cui il minore e il suo nucleo usufruiscono, sottocategorie e riferimenti associati, valori assoluti e percentuali

Categorie	Sottocategorie	Numero riferimenti	Percentuale
Interventi economici e di sostegno abitativo	Sostegno economico	14	12
	Facilitazioni per l'alloggio	5	4
	Assegno di invalidità	3	3
Interventi/ servizi socio-educativi, socio-assistenziali e sociosanitari	Assistenza educativa domiciliare	20	18
	Assistenza educativa	8	7
	Assistenza educativa territoriale	6	5
	Consulenza socioeducativa	1	1
	Sostegno scolastico	7	6
	Servizio sociale	3	3
	Assistenza domiciliare (sociale)	9	8
	Interventi socio-assistenziali	2	2
	Sostegno alla genitorialità	7	6
	Attivazione incontri protetti	2	2
	Trasporto	1	1
	Servizi intermedi	11	10
	Inserimento temporaneo in struttura residenziale (madre-bambino)	3	3
Interventi/servizi sanitari	Npi/ Ufsmia	18	16
	Sostegno psicologico	13	11

Categorie	Sottocategorie	Numero riferimenti	Percentuale
	Prestazioni sanitarie	3	3
	Monitoraggio medico specialistico	2	2
	Assistenza specialistica	1	1
	Logopedia	6	5
	Visita foniatrica	1	1
	Servizio educativo riabilitativo	1	1
	Riabilitazione psicomotoria	1	1
Altro	Presenza in carico del genitore del minore	3	3
	Altro	1	1
Nessuna prestazione		5	4

Tutta questa capacità di aiuto non è sempre coordinata, integrata e configura in certi casi percorsi assistenziali di lungo periodo, con i caratteri della cronicità che tuttavia espone i figli a persistenti carenze, a cure insufficienti e soprattutto alle conseguenze delle incapacità genitoriali.

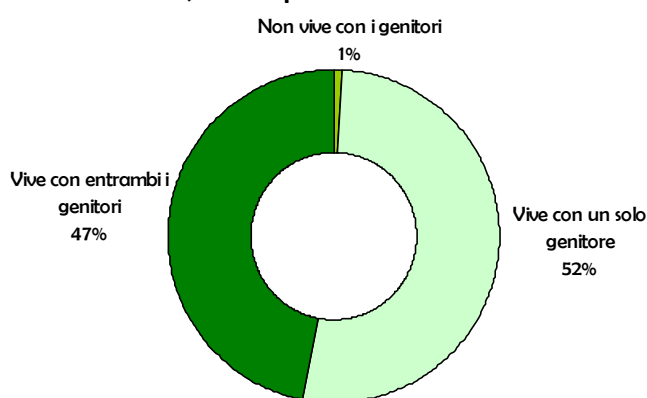
Le persone di riferimento

Quasi metà dei bambini a rischio di allontanamento considerati nello studio vive con entrambi i genitori (47%). Il 52% abita con uno dei due genitori, soprattutto la madre (nell'86% dei casi).

Il 55% dei bambini segnalati vive con fratelli e sorelle. In alcuni casi ci sono altri familiari: nonni (17), zii (6). In media il nucleo familiare è composto da quasi 4 persone, compreso il minore.

Composizione del nucleo familiare

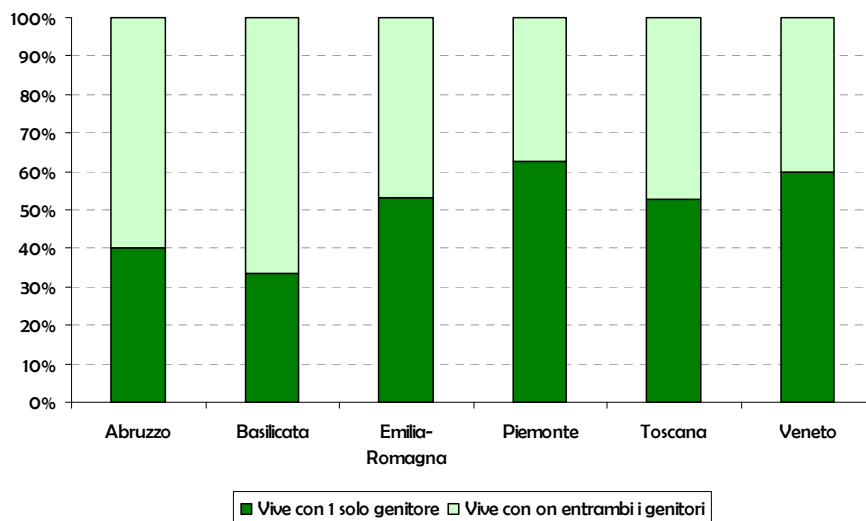
Fig. 8 – Condizione familiare, valori percentuali



Tab. 15 – Composizione del nucleo familiare

		Numero	Percentuale	Percentuale valida
Validi	Non vive con i genitori	1	0,9	0,9
	Vive con un solo genitore e nessun altro	17	14,9	15,0
	Vive con un solo genitore e con uno o più fratelli	21	18,4	18,6
	Vive con un solo genitore, con fratelli e altri familiari	10	8,8	8,8
	Vive con un solo genitore e altri familiari	11	9,6	9,7
	Vive con entrambi i genitori e nessun altro	18	15,8	15,9
	Vive con entrambi i genitori e con uno o più fratelli	26	22,8	23,0
	Vive con entrambi i genitori, con fratelli e altri familiari	5	4,4	4,4
	Vive con entrambi i genitori e altri familiari	4	3,5	3,5
	Totale	113	99,1	100,0
<i>Non indicato</i>		1	0,9	
Totale		114	100,0	

Fig. 9 – Condizione familiare per regione, valori percentuali



In 79 casi (69%) accanto al nucleo familiare sono indicate altre persone significative. Si tratta soprattutto di componenti della famiglia di origine (46%), nonni, zii, fratelli e cugini. Sono indicati anche professionisti dell'area sociale e sanitaria (21%), educatori, assistenti sociali e psicologi. Quando sono indicati i genitori, per lo più è il padre (22%) che non vive in famiglia. Sono anche segnalati fratelli o genitori acquisiti, famiglie affidatarie, insegnanti, amici e volontari. Si tratta quindi di famiglie spesso povere di capitale sociale e relazionale, sole e scarsamente sostenute da reti parentali e amicali.

Altre persone significative

Tab. 16 – Altre persone significative di riferimento (al di fuori del nucleo familiare)

Area	Persone significative	Numero	Percentuale
Padre/madre	Padre	24	13,8
	Madre	1	0,6
	<i>Totale</i>	<i>25</i>	<i>14,4</i>
Famiglia	Nonno/a	50	28,7
	Zio/a	15	8,6
	Fratello/Sorella	9	5,2
	Cugino/a	6	3,4
	<i>Totale</i>	<i>80</i>	<i>46,0</i>
Famiglia acquisita	Compagno del genitore	2	1,1
	Fratello/sorella acquisito	3	1,7
	Zio acquisito	1	0,6
	<i>Totale</i>	<i>4</i>	<i>2,3</i>
Affido	Adulto affidatario	3	1,7
	Famiglia di appoggio	4	2,3
	Affido diurno spontaneo	2	1,1
	<i>Totale</i>	<i>9</i>	<i>5,2</i>
Amici, volontari	Amico/a	5	2,9
	Volontario	4	2,3
	<i>Totale</i>	<i>9</i>	<i>5,2</i>
Scuola	Insegnante	5	2,9
Area sociale e sanitaria	Educatore	24	13,8
	Assistente sociale	8	4,6
	Psicologo	3	1,7
	Altro	5	2,9
	<i>Totale</i>	<i>37</i>	<i>21,3</i>
Totale		174	100,0

Condizione economica e abitativa delle famiglie

Quando specificato, il reddito mensile è inferiore a 1.000 euro (più della metà delle famiglie). In alcuni casi il reddito è inferiore ai 500 euro (tab. 17).

Tab. 17 – Fascia di reddito mensile del nucleo familiare

	Classi	Numero	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi	0-500	22	19,3	24,7	24,7
	501-1000	27	23,7	30,3	55,1
	1001-1500	21	18,4	23,6	78,7
	1501-2000	7	6,1	7,9	86,5
	Oltre 2000	13	11,4	14,4	100,0
	<i>Totale</i>	<i>90</i>	<i>78,9</i>	<i>100,0</i>	
<i>Non indicato</i>		<i>25</i>	<i>21,9</i>		
Totale		114	100,0		

La condizione economica è descritta in termini di:

- “L'attuale fonte di reddito del nucleo del minore è costituita dall'assegno di mantenimento economico versato dal padre”
- “Il padre separato, versa, come assegno di mantenimento per i figli, circa 600 euro al mese”
- “La madre della minore è in cerca di occupazione e ha presentato isee/2010 pari a zero”
- “Nessun reddito da dichiarare, aiuti assistenziali da volontariato e familiari”
- “Nucleo monoreddito. Il padre non contribuisce regolarmente al mantenimento della figlia”
- “Mantenimento erogato dal padre, come disposto dal tribunale. La madre è disoccupata”
- “Situazione di precarietà economica”

Condizione economica secondo gli operatori

La condizione occupazionale dei genitori è molto instabile. Ad esempio, il 58% delle madri non lavora, perché casalinghe, disoccupate o in cerca di prima occupazione. La situazione dei padri è generalmente migliore, visto che 3 su 4 sono lavoratori dipendenti o in proprio.

Condizione occupazionale secondo gli operatori

- “La madre ha perso il lavoro a causa degli atteggiamenti aggressivi ingiuriosi e minacciosi che il padre dei figli ha manifestato nei suoi confronti sul luogo di lavoro”
- “La madre lavora come badante dalle 9.00 alle 12.00 mentre il padre lavora saltuariamente come muratore”
- “La madre lavora saltuariamente e da sola non riesce a sopportare il pesante carico della situazione economica e della gestione dei figli”
- “La madre attualmente ha un lavoro precario e mal pagato”
- “Il nucleo ha importanti problemi economici, dato il cattivo andamento dell'attività del padre”

Circa metà delle famiglie vive in un appartamento in affitto. Solo un terzo abita in una casa di proprietà, altri usufruiscono dell'abitazione a titolo gratuito o in usufrutto (tab. 18).

Condizione abitativa

Tab. 18 – Appartamento in cui vive il nucleo familiare

		Numero	Percentuale	Percentuale valida
Validi	Proprietà	34	29,8	32,4
	Usufrutto	2	1,8	1,9
	Titolo gratuito	3	2,6	2,9
	Affitto da pubblico	25	21,9	23,8
	Affitto da privato	32	28,1	30,5
	Altro	9	7,9	8,6
	Totale	105	92,1	100,0
<i>Non indicato</i>		9	7,9	
Totale		114	100,0	

Ci sono situazioni in cui l'abitazione non è idonea, perché priva di riscaldamento, perché i servizi igienici non sono adeguati o in pessime condizioni. In alcuni casi è in corso lo sfratto.

“Alloggio di edilizia residenziale pubblica composto da ingresso salottino, un cucinino ed una camera. Dorme con il fratello, mentre la madre sul divano letto in sala. È aperto una diffida ufficiale presso l'ufficio legale perché i ragazzi sono accusati dai vicini di atti vandalici”

“In seguito a sfratto è ospite con la madre ed i fratelli in un appartamento”

“La famiglia è conosciuta: prima per uno sfratto per morosità, conflitti coniugali e successivi inserimenti della madre e dei due figli in strutture di accoglienza, sino all'assegnazione di un alloggio”

“Vive con la madre e il padre in alloggio insalubre e di povertà; precarie e non chiare condizioni economiche e di stile di vita”

“Casa popolare avuta dopo che la madre aveva partorito il secondo figlio”

“È un appartamento a canone agevolato”

“Il nucleo familiare è spesso coinvolto in episodi di pediculosi”

“Il nucleo familiare vive in un prefabbricato assegnato dal comune”.

“Il nucleo familiare vive in un prefabbricato in attesa di alloggio popolare”.

“L'uso dell'abitazione (di proprietà di un'associazione) prevede una quota da pagare che è a carico del comune”

“La casa è attualmente in vendita. Il nucleo versa in una complessa situazione debitoria dato il cattivo andamento dell'attività del padre e la lunga disoccupazione della madre”

“La famiglia ha avuto una ingiunzione di requisizione dell'alloggio da parte della banca per morosità ripetute (mutuo ipotecario) e difficoltà a rispettare un po' tutti i pagamenti compreso il riscaldamento. Usano la legna per risparmiare”

“Le condizioni igieniche dell'alloggio sono variabili, secondo la volontà della madre di curare i lavori domestici, vista anche la presenza di animali domestici”.

“A seguito di sfratto esecutivo, non avendo la madre reperito idonea sistemazione abitativa e non avendo collaborato con i servizi nella ricerca di una soluzione adeguata, il nucleo si trova attualmente in una casa di accoglienza”

“La madre vive attualmente presso un miniappartamento di proprietà della famiglia di appoggio”

La condizione di povertà economica risulta come dato strutturale e caratterizzante gran parte delle famiglie considerate. Non va intesa come condizione di rischio di allontanamento ma come fattore concomitante, nel senso che molti bambini a rischio di allontanamento vivono non solo in condizioni di deprivazione affettiva e di cure genitoriali ma anche in condizioni di povertà e di carenza di mezzi necessari per avere risposte ai bisogni vitali (Benvegnù-Pasini G. e altri, 2010; Vecchiato T. 2012).

Operatori che hanno analizzato la domanda

In 99 casi (87%) sono indicati gli operatori che hanno raccolto i dati attraverso i colloqui con il minore e con la famiglia. Per ogni incontro sono segnati da 1 a 4 professionisti (420 in totale): assistenti sociali, educatori, psicologi, neuropsichiatri, insegnanti, pedagogisti, pediatri, ecc. (tab. 19).

L'assistente sociale è la figura professionale ricorrente raccogliendo i dati tramite colloqui (in 93 casi su 99). Seguono le figure dell'educatore e dello psicologo, indicati in circa il 30% dei casi.

Tab. 19 – Operatori che hanno raccolto i dati

	Numero	Percentuale
Assistente sociale	266	63,3
Educatore	51	12,1
Psicologo	48	11,4
Neuropsichiatra	14	3,3
Insegnante	11	2,6
Pedagogista	7	1,7
Medico/pediatra	7	1,7
Operatore sociosanitario	3	0,7
Direttore scuola/asilo	3	0,7
Infermiere	2	0,5
Avvocato	2	0,5
Mediatore culturale	1	0,2
Logopedista	1	0,2
Operatore centro diurno	4	1,0
Totale	420	100,0

Quasi sempre sono stati necessari più colloqui per completare la documentazione relativa alla domanda, in media 3. Il numero varia in base all'organizzazione dell'unità operativa che prende in carico i minori.

La successiva analisi considera le storie, le capacità genitoriali e i profili di bisogno e capacità.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Storie delle famiglie

Il 9% dei genitori considerati presenta una infanzia di sofferenze per uno o entrambi i coniugi cresciuti all'interno di famiglie multiproblematiche, in contesti di forte deprivazione.

Storia del
nucleo
familiare

“Madre e padre provengono da famiglie multiproblematiche con storie di alcolismo, violenze, deprivazioni affettive, deficit cognitivi”

“La madre ha una storia personale molto difficile: adottata illegalmente, madre alcolista deceduta, padre che tenta nell'adolescenza di abusare di lei, sposata a un tossicodipendente morto per overdose, esperienza di lavoro che la porta ad abusare di alcol e dove conosce il compagno”

“Madre proviene da una famiglia maltrattante”

Il 6% dei casi presenta una storia familiare caratterizzata da migrazioni, con fasi alterne di separazioni e ricongiungimenti (è il caso, per esempio, di famiglie in cui i genitori si sono trasferiti in Italia per lavorare, lasciando i figli piccoli nel paese di origine).

“Storia familiare caratterizzata da migrazioni, abbandoni e malattie; la madre ha lasciato i figli molto piccoli presso i nonni ed è venuta in Italia con il marito per lavorare; una volta ricongiunta la famiglia si ammala ...”

“Il bambino è nato in Italia, poi a 5 anni è stato rimandato in Africa, da parenti, quindi è stato fatto rientrare in Italia. ... La madre e il padre in quel periodo sono rimasti in Italia con la sorellina e nel frattempo è nato anche il fratellino più piccolo, che ha conosciuto nel momento del suo rientro in Italia”

“È nato in Italia. ... Viveva con la madre e il padre. ... Circa all'età di tre anni trasferito con la madre e il fratello. Successivamente (non si hanno notizie certe) lasciato dalla madre in Africa con il fratello. Nel 2010 il padre si reca in Africa e li porta con sé in Italia”

Nell'8% dei casi è accaduto un evento luttuoso (morte di uno dei genitori, di uno dei figli, dei nonni) che ha compromesso, o aggravato, i già precari equilibri familiari.

“Evento che ha creato squilibrio è la morte della nonna materna”

“In data ... il papà è deceduto, con conseguenze sull'organizzazione e sulla gestione delle finanze”

“Il nucleo familiare ha subito un lutto con la perdita del fratello più piccolo della minore. Dopo pochi mesi dalla morte del figlio, la signora si è separata dal marito ...”

Configurazione e caratteristiche

In molte famiglie coesistono problemi di diversa natura. In particolare, nell'11% dei casi c'è almeno un membro con patologie (tumore, epilessia, dialisi, patologie invalidanti, malattie degenerative, problemi di salute cronici ecc.); nel 5% dei casi, almeno un componente ha problemi intellettivi (difficoltà cognitive, insufficienza mentale, disabilità grave); nel 15% dei casi, un componente della famiglia ha problemi psichici (depressione post partum, depressione, tentativi di suicidio); nel 21% dei casi, un membro presenta problemi di dipendenza (soprattutto alcool e/o sostanze stupefacenti; in un caso la dipendenza è da gioco d'azzardo); infine, nel 15% dei casi, almeno un membro ha comportamenti devianti/antisociali, con esperienze di illegalità (spaccio, furto), detenzione/arresti domiciliari, ex detenzione, ex prostituzione.

“Gravi problemi di salute cronici della madre della minore”

“Il fratello è stato riconosciuto in stato di handicap ai sensi della 104/92 ed ha il sostegno scolastico”

“La madre è in carico al servizio di psichiatria per depressione e tentativi di suicidio”

“Il padre del minore ha un grave disturbo psichiatrico”

“La minore [...] vive con la madre e gli zii materni. ... Il nucleo familiare presenta diverse problematiche: la madre è seguita dal Csm, è invalida al 100%. Uno degli zii ha problemi di tossicodipendenza e l'altro ha problemi con l'alcool”

“Il padre ha doppia diagnosi, con storia di alcolismo ed abuso di sostanze e disagio psichiatrico; la madre ha fatto uso saltuario di sostanze”

“Ha avuto moltissime condanne per reati contro la persona (risse, lesioni, aggressioni...) e per questo è stato a più riprese arrestato ed in carcere”

“Il padre è una persona deviante, con numerose esperienze di illegalità e procedimenti giudiziari”

Oltre la metà dei nuclei (54%) vive un'elevata conflittualità - latente, o, nella maggior parte dei casi, espressa - nelle relazioni familiari, in particolare tra i membri adulti, che incide significativamente sullo sviluppo psicofisico dei figli, con violenze verbali e/o comportamentali tra la coppia genitoriale, tra la coppia genitoriale e la propria famiglia di origine, tra genitori e suoceri, tra genitore e nuovo convivente, tra genitori e famiglia d'appoggio.

“Riferita grave conflittualità tra la madre e la sua famiglia di origine, tanto da chiudere i rapporti per lungo tempo. ... Conflittualità grave con agiti fisici tra i genitori, soprattutto nell'ultimo anno. Grave aggressione fisica subita ... e agita dal marito”

“I minori sono al centro di pressanti, violente e continue dinamiche conflittuali tra i genitori. Ne assorbono le conseguenze, trovandosi spesso a fare da passaparola fra i genitori”

“Il nucleo familiare presenta elementi di forte conflittualità ... Nella coppia non c'è dialogo, la madre gestisce la famiglia in autonomia e senza comunicare le proprie scelte; il padre quando dissente urla, minaccia ecc. La rigidità di posizioni di entrambi rende la comunicazione impossibile”

“Condizione di separazione coniugale non accettata, né rielaborata dalla figura paterna”

“Mancata capacità di scambio tra i genitori, che restano, per la minore, settori distinti senza confluenze tra di loro. Persistenza di sentimenti di rabbia reciproci e tendenza alla conflittualità nelle situazioni - sporadiche e mediate dalla presenza di operatori - di compresenza”

Il 39% dei nuclei è caratterizzato da esperienze di separazione, spesso conflittuale e non elaborata, della coppia genitoriale. Nel 19% dei casi uno o entrambi i genitori hanno figli da altre relazioni, precedenti o in essere. Nel 6% dei casi, il padre non ha voluto riconoscere il figlio e/o è sconosciuto al minore. Il 17% dei nuclei familiari presenta svantaggio culturale e/o sociale (povertà socio-culturale, scarsi strumenti culturali e sociali), nonché isolamento relazionale e/o sociale (scarsa integrazione, assenza di coinvolgimento con la comunità e il territorio, isolamento ambientale).

“Povertà socio-culturale. ... Mancano stimoli e risorse culturali”

“Isolamento sociale della famiglia dalla realtà di vita circostante”

“Nessun coinvolgimento con il territorio, vivono la comunità come giudicante”

“Ripetuti litigi con famiglie di origine sono presenti sia da parte del padre che della madre; ... tale famiglia vive pertanto in isolamento. ... La famiglia vive in isolamento familiare ed ambientale”

“Vive in zona rurale isolata rispetto a servizi e poche possibilità di interventi in rete”

Nel 10% dei casi, è segnalato un coinvolgimento (in corso, o pregresso) del Tribunale Ordinario, soprattutto per cause di separazione dei coniugi. Nel 57% dei casi c'è (o c'è stato) il coinvolgimento del Tribunale dei Minori, o della Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori.

Coinvolgimento autorità giudiziaria

Tab. 1 – Storia del nucleo familiare, valori assoluti e percentuali sul totale dei casi

	Categorie	Numero riferimenti	Percentuale
Storia	Infanzia sofferente per uno/ entrambi i genitori	10	9
	Storia di migrazioni e ricongiungimenti	7	6
	Lutti	9	8
Configurazione/ caratteristiche	Presenza di almeno un membro con patologie fisiche	12	11
	Presenza di almeno un membro con problemi intellettivi (cognitivi)	6	5
	Presenza di almeno un membro con problemi psichiatrici	17	15

	Categorie	Numero riferimenti	Percentuale
	Presenza di almeno un membro con problemi di dipendenza	24	21
	Presenza di almeno un membro con comportamenti devianti/antisociali	17	15
	Elevata conflittualità ⁶ nelle relazioni familiari	62	54
	Separazione	45	39
	Uno/entrambi i genitori hanno altri figli da altre relazioni	22	19
	Il padre non ha riconosciuto il minore/ Padre sconosciuto per il minore	7	6
	Contesto di arretratezza culturale e/o sociale/ Isolamento relazionale- sociale	19	17
Coinvolgimento autorità giudiziaria	Tribunale Ordinario	11	10
	Procura della Repubblica (c/o TM)/ Tribunale dei Minori	65	57

Il quadro che abbiamo visto è molto composito. Coesistono sofferenze di diversa natura che, insieme, gravano sulla vita quotidiana di figli e genitori. In genere sono problemi difficili da affrontare, sul piano tecnico e professionale oltre che su quello esistenziale. Non bastano gli aiuti economici, non bastano gli interventi di sostegno psicosociale, non bastano le azioni finalizzate ad integrare le responsabilità genitoriali. Il problema ricorrente è infatti caratterizzato da multiproblematicità e complessità: insieme portano al limite molte situazioni, le rendono di difficile gestione, richiedono molto impegno ma senza possibilità di vedere risultati apprezzabili. Un dato ricorrente, segnalato anche dalle analisi professionali, è infatti quello del rischio di cronicizzazione, di una sorta di ereditarietà che in passato era abbastanza diffusa ma che anche oggi è difficile da superare. Tutto questo per gli operatori coinvolti è particolarmente gravoso, in termini non solo di responsabilità ma anche di vissuti professionali e di conseguenti carichi di lavoro.

È importante mettere a fuoco questa configurazione dei problemi, che ritroveremo poi nelle analisi dei bisogni, nei piani personalizzati, nei fattori osservabili, nel significato stesso dei cambiamenti ottenuti. Ci aiuta a capire cosa significa oggi rischio di allontanamento, a non banalizzare i problemi, a non affidarsi a soluzioni semplificatorie, che possono portare ad allontanamenti non necessari o a forme di aiuto etero familiare utili nel breve periodo ma inadeguate di fronte alla portata dei problemi da affrontare. I risultati delle scelte non appropriate sono evidenziati dalla letteratura raccolta durante la prima annualità di Risc, che andrebbe maggiormente utilizzata per evitare carriere assistenziali di scarso aiuto e ad alto rischio di cronicizzazione dei problemi.

⁶ Latente o espressa, fino a degenerare in colluttazioni fisiche (con agiti verbali e/o fisici).

Caratteri della inadeguatezza genitoriale

Sono frequenti le situazioni in cui uno o entrambi i genitori manifestano carenze genitoriali nelle responsabilità di cura e accudimento dei figli, visto che nel 15% dei casi è segnalata inadeguatezza generale, non meglio specificata. Nel 25% dei casi, una o entrambe le figure genitoriali sono poco presenti e/o disinteressate ai figli e alla conduzione familiare. Si tratta di figure periferiche, affettivamente distanti (scarsa capacità di accudimento affettivo). Si sono creati una nuova famiglia e non hanno più rapporti significativi con il nucleo precedente o si tengono a margine delle dinamiche familiari, o, ancora, non sono consapevoli dei problemi e bisogni dei propri figli.

“Il padre ... ha una nuova famiglia e ha avuto altri figli. Non lo frequenta, che anzi ha visto in rarissime occasioni”

“Il padre già a fine 2001 è tornato, dove avrebbe una moglie ed una figlia, e non si è più occupato dei figli”

“Il padre, che non ha contatti significativi con la figlia, si è ricreato una famiglia in un'altra città”

“La mamma è sempre stata molto assente e disinteressata al figlio”

“Il padre è una figura inconsistente che sta a margine delle dinamiche”

“Negli anni il padre è apparso molto defilato e poco presente con i figli”

“I genitori della minore sono sempre fuori casa per lavoro e per altri impegni. Le poche volte che il padre è a casa dorme. La mamma raramente è in casa, ma trascorre il tempo impegnata al telefono. ... I genitori ... sono disattenti allo sviluppo ... delle figlie, che spesso, lasciate sole a casa, fanno un uso del tutto autonomo del pc connettendosi ad internet e vanno a letto tardi la sera”

“Madre poco affettiva, auto-centrata, che ha utilizzato la gravidanza per tornare con l'ex marito da cui si era separata. Scarsa capacità genitoriale”

“Padre anaffettivo, soprattutto nei confronti del figlio maschio. ... Negli atteggiamenti paterni manca la consapevolezza delle difficoltà legate al ritardo cognitivo delle figlie”

Genitori poco presenti

Nel 6% dei casi vi è stato un abbandono, spesso improvviso, del nucleo familiare da parte di uno dei due genitori.

“Uscita improvvisa e prolungata della figura paterna”

“Il padre, violento e spesso ubriaco, li abbandona improvvisamente”

“Il papà di [...] ha abbandonato la moglie e i figli circa tre anni fa. ... Anche quando viveva con loro si è spesso disinteressato, lasciando moglie e figli senza denaro e spesse volte non tornando a casa”

Nel 5% dei casi, uno o entrambi i genitori manifestano incapacità di protezione, tutela e cura, ovvero incapacità di provvedere ai bisogni primari dei figli e di proteggerli, anche dai pericoli causati da trascuratezza nell'igiene dei figli e/o della casa.

Incapaci di curare e proteggere

“Scarsa responsabilizzazione delle figure genitoriali, scarsa cura della bambina e dei suoi bisogni primari”

“Il sistema delle relazioni è sostanzialmente disorganizzato, sia per quanto riguarda l'accudimento dei minori, le regole alimentari, il sostegno ai minori negli impegni e nella frequenza scolastica”

“Incapacità di cura da parte degli adulti e di protezione”

“La madre in età neonatale somministrava al minore sedativi senza controllo nelle dosi”

“La minore cura poco la sua igiene, è molto trascurata dai genitori, l'organizzazione familiare è molto carente”

I riferimenti educativi sono giudicati fragili (13%). I genitori assumono atteggiamenti permissivi, incapaci di autorevolezza, danno ai figli messaggi incoerenti e contraddittori.

Permissivi

“I genitori del minore hanno spesso pareri discordanti sull'intervento educativo, ... nei comportamenti non adeguati dei figli entrambi non intervengono nel far rispettare le regole”

“La mamma l'asseconda, la giustifica ed è molto permissiva. ... Si lamenta del comportamento vivace e disobbediente della figlia, ma non fa nulla per contenerlo o correggerlo”

“Il padre non ha gli strumenti per dare al figlio delle regole da seguire”

“La madre non è in grado di imporsi, né di dare regole”

“Le figure genitoriali appaiono incapaci di assumere una posizione, di essere guida e riferimento per la ragazzina; sembrano in balia della figlia”

“La madre è fragile, tende a farsi sottomettere, ... non è in grado di dare regole. Il padre ... è normativo laddove non lo è la madre”

“Mancanza di una linea educativa stabile da parte dei genitori (eccessivamente permissivi o rigidi in talune situazioni)”

Nel 14% dei casi, i ruoli tra genitori e figli sono confusi, scarsamente differenziati (per esempio, legami simbiotici, scarsa definizione dei confini generazionali ecc.), o invertiti (genitori-figli e figli adultizzati).

Confusione di ruoli

“I membri della famiglia hanno rapporti simbiotici, ruoli e confini generazionali confusi”

“Madre in simbiosi con la figlia”

“La signora e i suoi figli vivono insieme, si evidenziano difficoltà nell'esplicitazione del ruolo genitoriale. La signora non è autorevole, ma si situa a livello 'figli'”

“Il rapporto tra la madre e il figlio è paritario e non tutelante. La madre si pone allo stesso livello del figlio e non riesce a imporgli delle regole educative adeguate”

“La madre è una figura amica che vive in simbiosi della figlia”

“È presente all'interno della famiglia uno stile relazionale caratterizzato da invischamento e insufficiente rispetto dei confini generazionali”

“La minore è molto legata alla madre, anche se c'è una sorta di inversione di ruoli”

“La madre spesso ha coinvolto i bambini nei suoi momenti di crisi, responsabilizzandoli molto e rendendoli estremamente partecipi dei suoi problemi di salute”

“A fronte di un buon legame affettivo tra i componenti del nucleo emerge un contesto dai confini labili con inversione dei ruoli, esposizione dei bambini a tematiche del mondo adulto eccessivamente legate agli aspetti della sessualità”

Nel 7% dei casi, si evidenziano atteggiamenti iperprotettivi e ipercontrollanti, con stili educativi eccessivamente protettivi, talvolta rigidi, severi, centrati sul controllo.

Iperprotettivi

“È una mamma molto insicura e ansiosa, ha con il figlio un legame simbiotico, tende a sostituirsi a lui e a inibirgli qualunque esperienza esterna. ... Si occupa ancora di lui come se fosse un bambino piccolo”

“Atteggiamento da parte della madre molto protettivo e riversa sul figlio eccessive attenzioni rispetto alla condizione reale del figlio”

“Il clima familiare è sia affettivo che conflittuale, con la madre che su di lei esercita un forte dominio e controllo per paura che faccia sbagli e poi ne soffra”

“Il fatto di aver perso un figlio in tenera età, ha indotto la madre della minore ad assumere un atteggiamento iperprotettivo con tratti persecutori nei confronti della figlia”

“Rimane elevata la preoccupazione della madre di integrare socialmente la figlia, mantenendo nel contempo una stretta dipendenza della figlia”

“Padre molto attento all'aspetto scolastico e fisico (paura malattia), ma poco a livello emotivo e relazionale”

Nel 4% dei casi, uno o entrambi i genitori presentano un disagio psicologico e/o sintomi psicopatologici (per esempio, sintomi ossessivo - compulsivi, sbalzi d'umore, forte ansia ecc.), che incidono negativamente sulla capacità di esercitare il ruolo genitoriale.

Disturbi psico
patologici

“Il padre ha una vera ossessione per l'ordine e la pulizia, che è stato ereditato dal genitore paterno e che a sua volta il figlio ha ereditato”

“La signora ha un equilibrio emotivo oscillante tra l'aggressività e l'euforia”

“Madre della minore eccessivamente ansiosa che deve essere contenuta dal marito”

“La mamma si presenta come una persona molto depressa. Da qualche anno ha subito un'importante operazione per la sua forte obesità. Tende a somatizzare fisicamente qualunque evento. Non è seguita da servizi specialistici (psichiatria) e assume delle terapie farmacologiche prescritte dal medico di base. ... È una mamma molto insicura e ansiosa”

Nel 6% dei casi, uno o entrambi i genitori sono violenti e responsabili di maltrattamenti psicofisici sui figli, quando non addirittura di sospetti abusi sessuali.

Violenze in famiglia

“A carico della minore vengono segnalati, sia dalla scuola che dagli operatori dei servizi socio-educativi, episodi di maltrattamento psicologico, sistemi di correzione eccessivi. ... Sistema educativo della madre rigido, talora maltrattante e squalificante”

“La bimba riferisce di essere spesso picchiata dalla mamma perché non ha fatto la brava”

“Il padre era stato denunciato dalla moglie per maltrattamenti sulla figlia. ... La madre ... non è in grado di contenere e gestire il figlio. Non si limita a rimproveri, passa all'agito facilmente”

Tab. 2 – Ruolo genitoriale inadeguato, valori assoluti e percentuali sul totale dei casi

Categorie	Numero riferimenti	Percentuale
In generale	17	15
Figure genitoriali poco presenti/ disinteressate (mancato accudimento affettivo)	29	25
Abbandono della famiglia	7	6
Incapacità di protezione, tutela e cura	6	5
Trascuratezza nell'igiene dei figli e/o della casa	4	4
Riferimenti educativi fragili	15	13
Ruoli confusi (scarsa differenziazione, inversione ecc.)	16	14
Atteggiamenti iperprotettivi/ ipercontrollanti	8	7
Disagio psicologico/ Psicopatologia	4	4
Violenza fisica/ maltrattamenti psicofisici/ abuso (sui figli)	7	6
In generale	17	15
Figure genitoriali poco presenti/ disinteressate (mancato accudimento affettivo)	29	25
Abbandono della famiglia	7	6
Incapacità di protezione, tutela e cura	6	5
Trascuratezza nell'igiene dei figli e/o della casa	4	4
Riferimenti educativi fragili	15	13
Ruoli confusi (scarsa differenziazione, inversione ecc.)	16	14
Atteggiamenti iperprotettivi/ ipercontrollanti	8	7
Disagio psicologico/ Psicopatologia	4	4
Violenza fisica/ maltrattamenti psicofisici/ abuso (sui figli)	7	6

Rete amicale e sociale

Nel 15% dei casi la rete amicale e sociale dei minori è scarsa, se non addirittura assente, per l'isolamento sociale e relazionale del nucleo familiare. Talvolta

questa condizione è rinforzata dal carattere e gli atteggiamenti problematici del minore, che rendono difficoltosa la socializzazione.

Socializzazione

“Pur essendo una ragazza estroversa, non ha una rete amicale cui riferirsi e subisce l'isolamento della propria famiglia di origine”

“Non ha grandi relazioni con i coetanei, che frequenta solo in orario scolastico. Il pomeriggio lo trascorre chiusa in cameretta. Sono anni che il padre vive da solo. Inoltre, per l'età avanzata e per le sue abitudini personali, ... ha grosse difficoltà nel muoversi di casa per accompagnarla”

“Il nucleo familiare ed in particolare i minori non hanno rete sociale, non partecipano alle iniziative organizzate dai compagni di classe, isolandosi sempre di più dal contesto sociale”

“La minore appare piuttosto isolata e priva di riferimenti esterni alla famiglia”

“La bambina ha una rete amicale minima, ha difficoltà a instaurare rapporti di amicizia in quanto è prevaricante e scarsamente rispettosa degli spazi altrui”

Il 9% dei minori frequenta l'asilo nido o la scuola materna, potendo sperimentare un contesto educativo e socializzante.

Il 25% dei minori partecipa ad attività sportive e ricreative (calcio, nuoto, danza, musica ecc.), o partecipa a gruppi e realtà aggregative che favoriscono la socializzazione (parrocchia, scout, gruppi sportivi ecc).

Il 9% frequenta gruppi dei pari non strutturati (compagni di scuola, coetanei della stessa nazionalità in caso di minori immigrati, amici del paese).

Il 6% frequenta prevalentemente persone adulte, familiari e non, come, per esempio, amici dei genitori, babysitter, la famiglia di appoggio.

“Il minore è ben inserito nel contesto sociale, frequenta la parrocchia e l'associazione”

“D. frequenta ... catechismo e il gruppo della pallavolo”

“Frequenta la parrocchia, corsi di nuoto e ginnastica artistica”

“È un bambino che frequenta gli scout”

“La minore partecipa ... alle funzioni religiose e aggregative della chiesa evangelica. ... La minore fa attività sportiva (nuoto)”

“La ragazza non frequenta associazioni di alcun tipo, ma risulta avere molte frequentazioni amicali”

“Ad oggi la minore rifiuta contatti e partecipazione a gruppi e realtà organizzate, mentre frequenta gruppi spontanei di pari al di fuori di regole e controlli”

“A. frequenta il gruppo di amici del paese”

“La minore non riesce ad inserirsi nel gruppo dei pari. Spesso, accompagnata dagli zii, frequenta luoghi non adatti alla sua età come, ad esempio, piazza e bar, in orari anche poco adeguati”

“Le uniche frequentazioni del bambino con i pari avvengono nell'ambito scolastico; al di fuori da tale contesto vive esclusivamente con gli adulti della famiglia”

Il 9% dei minori usufruisce (o ha usufruito) del servizio di educativa domiciliare. Il 25% beneficia (o ha beneficiato) di servizi educativi intermedi, come, per esempio, centri diurni, centri estivi, centri educativi pomeridiani, gruppi socio-educativi, centri di aggregazione, doposcuola, ludoteche.

Tab. 3 – Rete amicale e sociale, valori assoluti e percentuali sul totale dei casi

Categorie	Numero riferimenti	Percentuale
Assente/Scarsa	17	15
Asilo nido/Scuola materna	10	9
Partecipa ad attività/gruppi sportivi, religiosi, sociali e/o ricreativi	28	25
Frequenta gruppo dei pari, secondo modalità non strutturate	10	9
Frequenta prevalentemente persone adulte (familiari e non)	7	6
Servizio di educativa domiciliare	10	9
Servizi educativi intermedi	29	25

La valutazione multi assiale dei bisogni e delle capacità

Le conoscenze fin qui delineate nascono dalla fase di accoglienza della domanda, dall'analisi della situazione e della storia personale e familiare. Offrono informazioni preziose, utili per capire come si caratterizza il disagio infantile e perché diventa urgente intervenire. Non bastano tuttavia per comprendere se e quanto sia possibile prevenire l'allontanamento. Vedremo come gli operatori hanno approfondito questo problema.

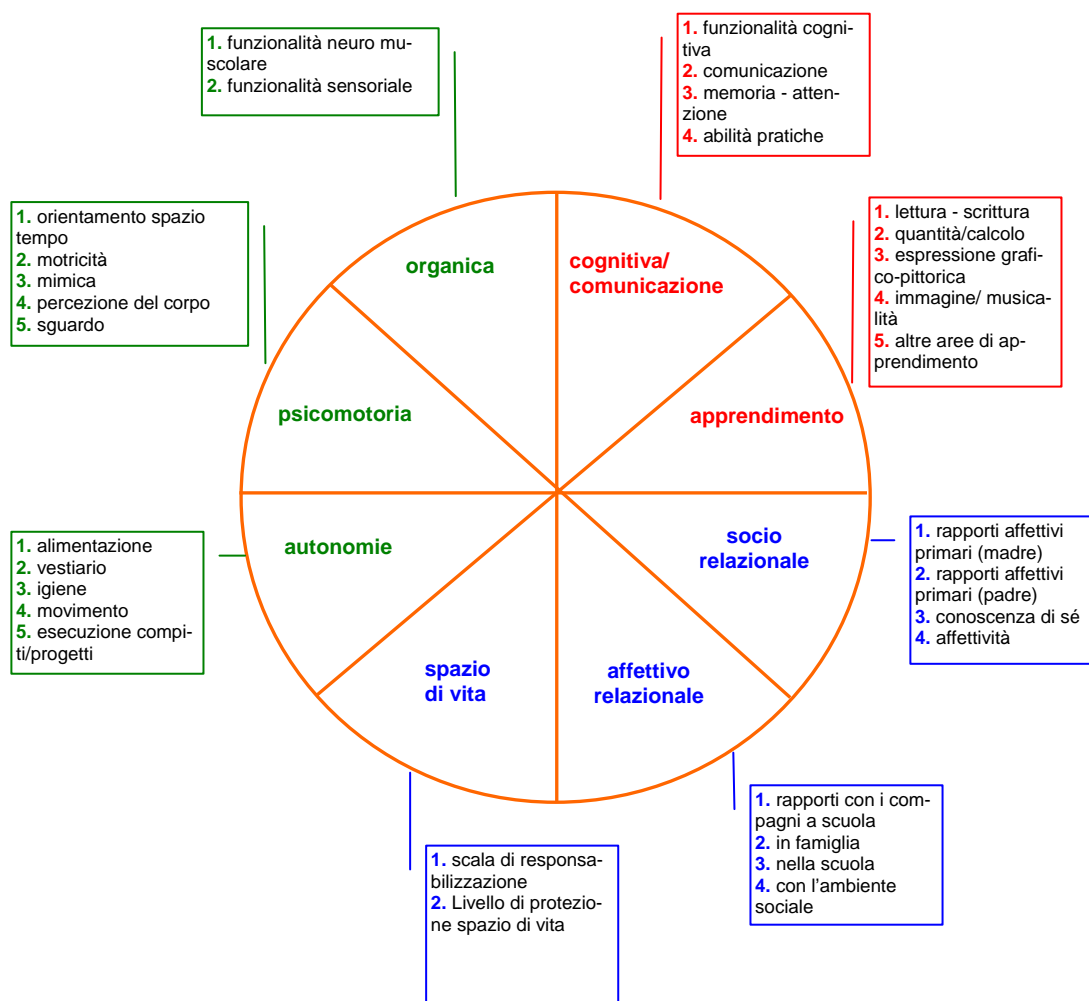
Le informazioni raccolte per ogni bambino derivano da molteplici fonti (quelle professionali, quelle fornite dalla persona, dalla sua famiglia, dagli amici, dai volontari), al fine di ottenere un quadro dei problemi e anche delle potenzialità al tempo T_0 , cioè prima dell'intervento.

Le informazioni raccolte sono riferite a diverse aree: funzionale organica, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale (con particolare attenzione al sistema delle responsabilità).

Il bisogno è contestualizzato nei suoi fattori organici, psicofisici e relazionali, nello spazio di vita. In questo modo gli operatori hanno costruito una visione tendenzialmente globale della situazione, con strumenti professionali condivisi, grazie a una valutazione multidisciplinare.

Per l'osservazione del bambino sono stati utilizzati 9 strumenti di valutazione (3 per il funzionale organico, 2 per il cognitivo comportamentale e 4 per il socioambientale relazionale). Ognuno è rappresentato con un raggio nello schema polare. In questo modo è stata ottenuta una prima valutazione dei bisogni e delle capacità. La rappresentazione della loro evoluzione nel tempo ha poi facilitato la valutazione partecipata anche con la famiglia.

Fig. 1 - Mappa della valutazione suddivisa per sub-aree (raggi del cerchio) e componenti (rettangoli esterni)



Tab. 4 - Mappa degli strumenti di valutazione

Area	Sub-area: strumenti di valutazione
Funzionale organica	1. Scheda sub-area organica
	2. Scheda sub-area neuromotoria
	3. Scheda sub-area delle autonomie
Cognitiva comportamentale	4. Scheda sub-area cognitiva comunicativa
	5. Scheda sub-area apprendimento
Socioambientale e relazionale	6. Scheda sub-area socio-relazionale
	7. Scheda sub-area affettivo relazionale
<i>Sistema delle responsabilità</i>	8. Scala di responsabilizzazione (SR)
	9. Livello di protezione nello spazio di vita (LPSV)

La valutazione multidimensionale è stata realizzata per 107 bambini, il 94% del totale. Nella maggior parte dei casi è completa, cioè sono state compilate tutte le scale previste dal protocollo. Si va da un livello di completezza dell'83% per la sub-area cognitiva comunicativa a un massimo del 91% per il sistema delle responsabilità e il livello di protezione spazio vita (tab. 5).

Tab. 5 – Sub-aree di valutazione: scale compilate a T₀ e livello di completezza

	Numero	Percentuale
Sub-area organica	98	86,0
Sub-area psicomotoria	97	85,1
Sub-area autonomie	99	86,8
Sub-area cognitiva comunicativa	95	83,3
Sub-area apprendimento	95	83,3
Sub-area sociorelazionale	100	87,7
Sub-area affettivo-relazionale	98	86,0
Scala di responsabilizzazione	104	91,2
Livello di protezione spazio vita	104	91,2

Ogni scheda è articolata in più componenti. L'attribuzione del punteggio varia da 0 a 5, secondo il seguente significato:

- Inadeguato (0): assenza o quasi di caratteristiche/capacità specifiche
- Carente (1): livello/grado di caratteristiche gravemente carente
- Quasi sufficiente (2): caratteristiche/capacità presenti ma non adeguate per l'età
- Sufficiente (3): limitato ma sufficiente per sostenere i compiti di sviluppo relativi all'età
- Nella norma (4): le abilità/competenze sono coerenti con l'età
- Elevato (5): capacità elevate rispetto alla media di quell'età.

Valutazione funzionale organica

La valutazione **organica** è stata effettuata nell'86% dei casi (98 minori su 114). È costituita da due componenti: funzionalità neuromuscolare e funzionalità sensoriale. I tre quarti dei bambini sono classificati "nella norma" (tab. 6). La variabilità è bassa (fig. 2) e il punteggio medio è 3,87. Le funzionalità sensoriali (vista, udito, tatto, gusto, olfatto) sono giudicate normali nell'86% dei casi.

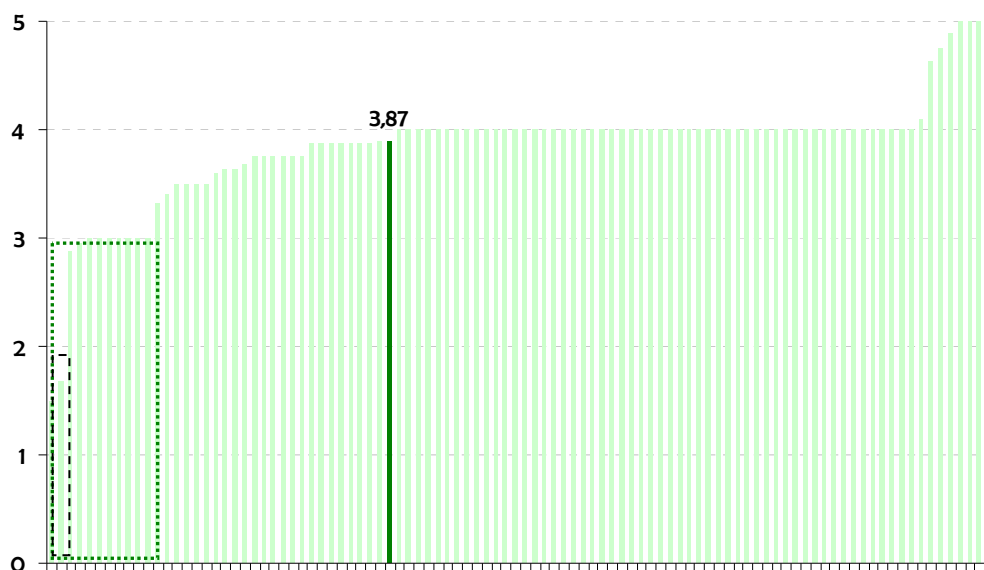
Nel grafico in figura 2 sono rappresentati i punteggi della scala, compresi tra 0 e 5, per tutti i minori inclusi nello studio. In questa figura, e in altre successive, sono evidenziati i casi di maggiore criticità in particolare: la criticità massima è evidenziata per i casi contenuti nel primo rettangolo a sinistra. È molto critica per i casi contenuti nel secondo.

Organica

Tab. 6 - Valutazione a T₀: sub-area organica

		Numero	Percentuale
Validi	Carente	1	1,0
	Quasi sufficiente	0	0,0
	Sufficiente	12	12,2
	Nella norma	77	78,6
	Elevato	7	7,1
Totale		98	100,0

Fig. 2 - Valutazione a T₀: sub-area organica per tutti i minori



La scheda **psicomotoria** considera 5 componenti: orientamento spazio tempo, motricità, mimica, percezione del corpo, sguardo.

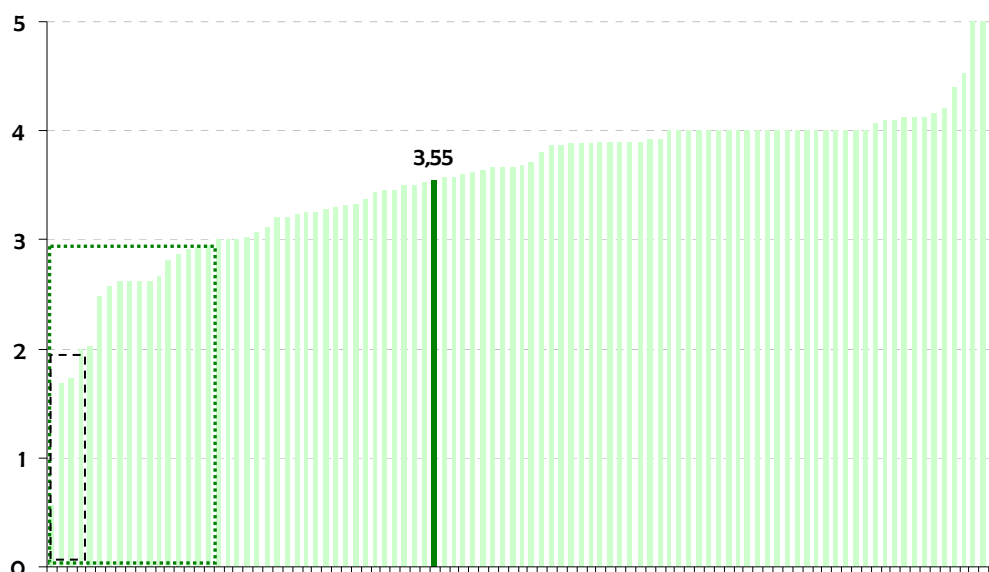
Psicomotoria

Per questi aspetti, gli operatori hanno considerato il 56% dei bambini “nella norma”, un terzo “limitato ma sufficiente” (tab. 7). Il valor medio della scala è 3,55. La componente con meno problemi è quella della motricità (3,76).

Tab. 7 - Valutazione a T₀: sub-area psicomotoria

		Numero	Percentuale
Validi	Carente	1	1,0
	Quasi sufficiente	5	5,2
	Sufficiente	32	33,0
	Nella norma	55	56,7
	Elevato	4	4,1
Totale		97	100,0

Fig. 3 - Valutazione a T₀: sub-area psicomotoria per tutti i minori



L'**autonomia** considera 5 componenti: alimentazione, vestiario, igiene, movimento, esecuzione compiti e progetti.

Autonomia

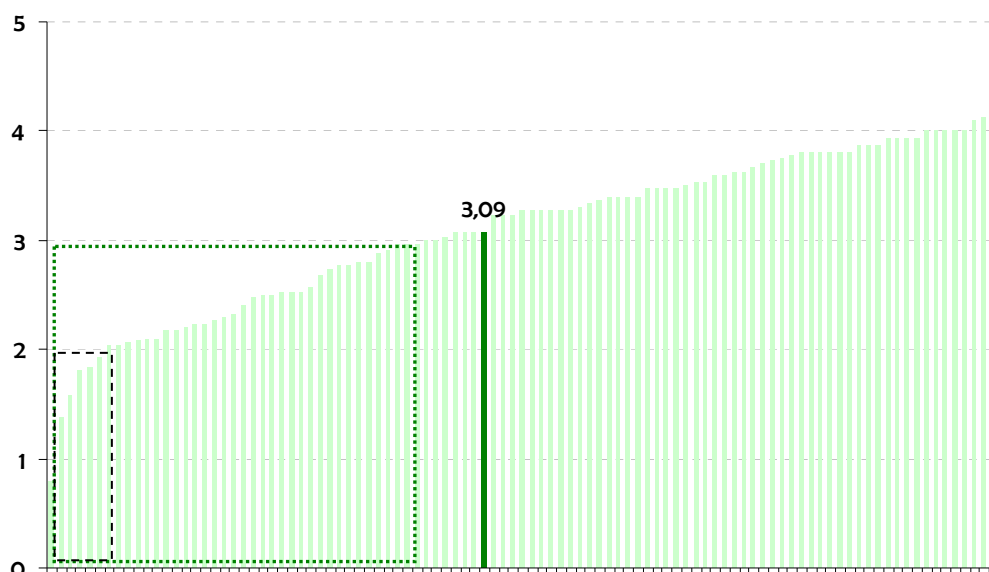
La scheda è stata compilata per 99 ragazzi (92%). Per il 43% la capacità di autonomia è "limitata ma sufficiente", per il 31% è "nella norma". Tuttavia, c'è un gruppo consistente di minori (il 22%) giudicato "quasi sufficiente", nel senso che la capacità è presente, ma non adeguata all'età (tab. 8). Le maggiori difficoltà si rilevano nella progettazione ed esecuzione dei compiti (2,77) e nell'alimentazione inadeguata (2,91).

Nella successiva figura, diversamente dalle precedenti, l'area del secondo rettangolo è molto più estesa ed evidenzia una forte criticità per molti bambini in quest'area.

Tab. 8 - Valutazione a T₀: sub-area autonomia

		Numero	Percentuale
Validi	Carente	2	2,0
	Quasi sufficiente	22	22,2
	Sufficiente	43	43,4
	Nella norma	31	31,3
	Elevato	1	1,0
Totale		99	100,0

Fig. 4 - Valutazione a T₀: sub-area autonomia per tutti i minori



Guardando complessivamente tutte le 12 componenti dell'area funzionale organica, si osserva che i livelli medi di quasi tutti i punteggi oscillano tra 3 e 4 (sufficiente e nella norma). La componente meglio sviluppata è quella della funzionalità sensoriale (4,03). Una maggiore compromissione è nelle capacità di progettare ed eseguire compiti (2,77) e nell'alimentazione (2,91).

Valutazione cognitivo comportamentale

La valutazione **cognitiva comunicativa** è stata completata per 95 bambini (83% del totale). È costituita da 4 componenti: funzionalità cognitiva, comunicazione, memoria e attenzione, abilità pratiche.

Cognitiva comunicativa

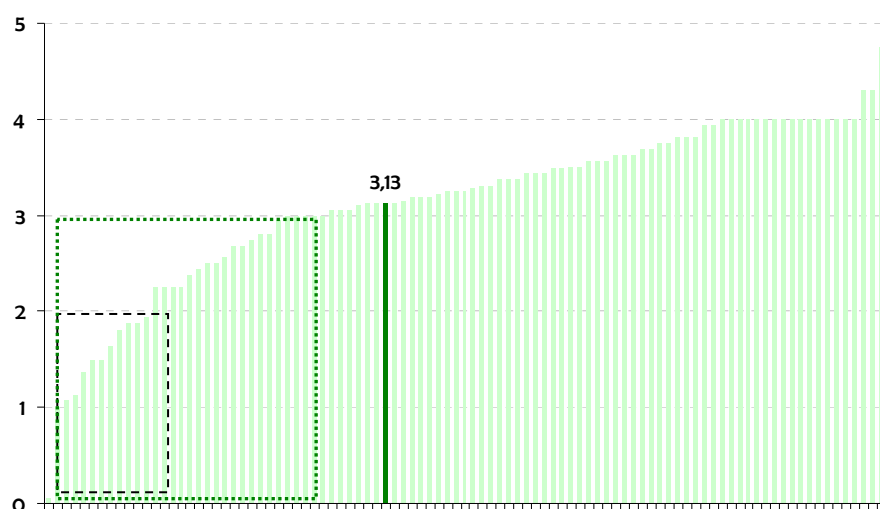
Complessivamente, la maggior parte dei bambini è valutata nella norma o comunque con capacità sufficienti e valorizzabili (tab. 9). Il valore medio dell'indice si attesta su un livello di 3,13 (il 4 è nella norma). Gli operatori hanno assegnato punteggi mediamente più elevati alla capacità di memoria e attenzione (3,30), più bassi alle competenze cognitive (3,02).

Nella successiva figura sono indicati, nel rettangolo a sinistra, i bambini con le carenze più gravi. Evidenzia che molti di essi avrebbero buone capacità da promuovere e valorizzare, ma sono mortificate da deprivazioni e carenze conseguenti alle condizioni di povertà materiale e relazionale.

Tab. 9 - Valutazione a T₀: sub-area cognitiva comunicativa

		Numero	Percentuale
Validi	Inadeguato	1	1,1
	Carente	6	6,3
	Quasi sufficiente	13	13,7
	Sufficiente	41	43,2
	Nella norma	33	34,7
	Elevato	1	1,1
Totale		95	100,0

Fig. 5 - Valutazione a T₀: sub-area cognitiva comunicativa per tutti i minori

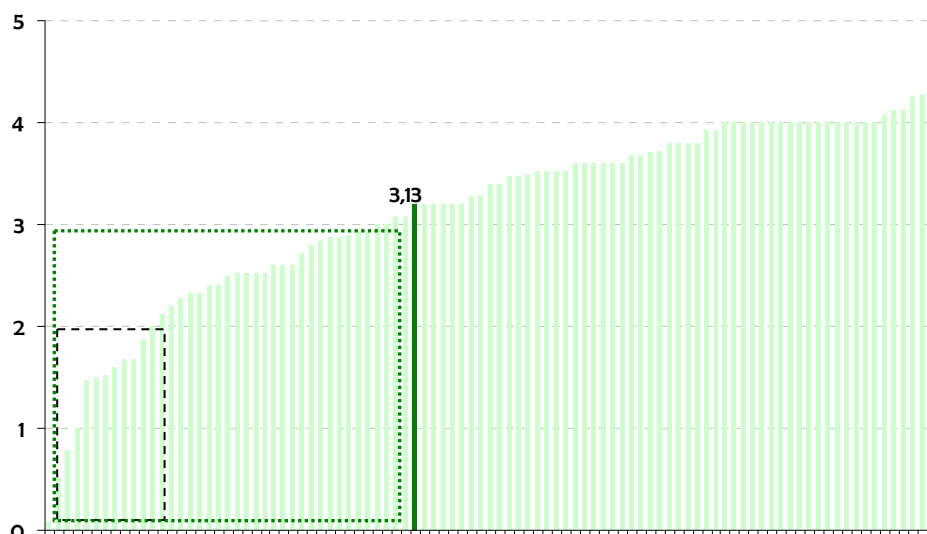


L'**apprendimento** comprende 5 componenti: lettura e scrittura, quantità e calcolo, espressione grafico-pittorica, immagine e musicalità, laboratori e gioco. La valutazione è stata compilata per 95 bambini (83%). Le capacità di apprendimento risultano nella norma per quasi la metà dei ragazzi (45% dei casi), sufficienti per 1 bambino su 3. Il livello medio è di 3,13 (una situazione tra "sufficiente" e "nella norma"). Le maggiori difficoltà sono segnalate nel calcolo (il punteggio medio è 2,87) e nella lettura-scrittura (2,97). Punteggi più elevati riguardano le capacità pratiche, i giochi (3,35) e la componente espressiva dell'immagine e musicalità (3,33).

Apprendimento

Tab. 10 - Valutazione a T₀: sub-area apprendimento

		Numero	Percentuale
Validi	Inadeguato	1	1,1
	Carente	5	5,3
	Quasi sufficiente	14	14,7
	Sufficiente	32	33,7
	Nella norma	43	45,3
Totale		95	100,0

Fig. 6 - Valutazione a T₀: sub-area apprendimento per tutti i minori

Nel complesso, considerando tutte le 9 componenti dell'area cognitiva comportamentale, le capacità cognitive dei bambini a rischio di allontanamento risultano per molti di essi nella norma o sufficienti. Le componenti migliori sono quelle del gioco (punteggio medio 3,35), dell'immagine e musicalità (3,33) e dell'espressione grafico-pittorica (3,29). Quelle più critiche sono il calcolo (2,87), la lettura e scrittura (2,97).

Valutazione socioambientale relazionale

La scheda **sociorelazionale** esplora 4 componenti riguardanti i comportamenti: con i compagni di scuola, in famiglia, a scuola (rapporto con gli insegnanti, partecipazione alle attività, ecc), nell'ambiente sociale (quartiere, gruppi sportivi/ricreativi, gruppi spontanei).

La valutazione è presente per 100 minori (88% dei casi) e indica una situazione molto più compromessa rispetto alle aree fino ad ora considerate. Il punteggio medio della scale è 2,47. Gli operatori giudicano "sufficienti" le capacità relazionali di 1 bambino su 3. Nel 43% dei casi il giudizio è "quasi sufficiente", cioè inadeguatezza diffusa (tab. 11). In figura 7, il secondo rettangolo evidenzia l'estensione del problema per gran parte dei minori considerati (l'88%), ben oltre i valori visti nelle aree precedenti.

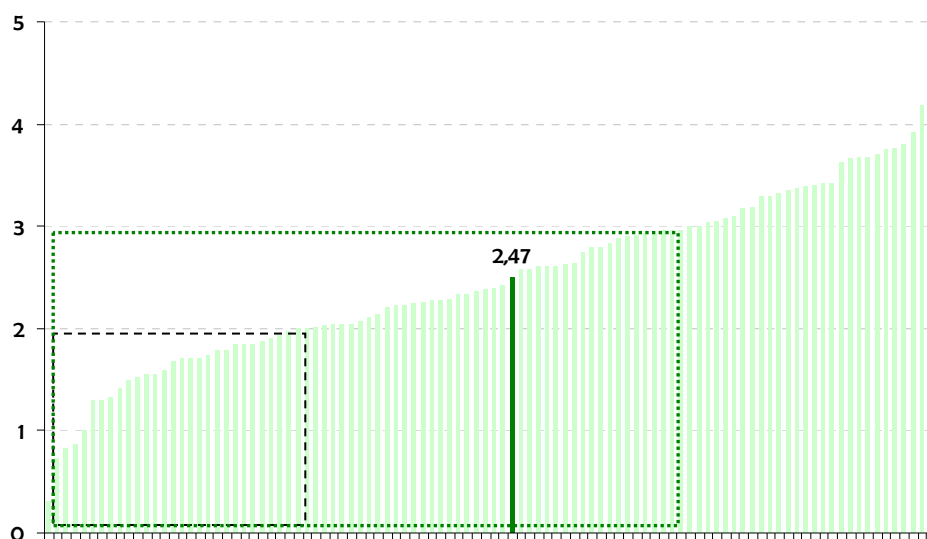
L'ambito più critico è quello sociale, che considera la partecipazione a gruppi sportivi/ricreativi, la partecipazione a gruppi spontanei e nel quartiere. Il livello medio è molto basso (1,99): "carente" nel 30% dei casi, "quasi sufficiente" nel 25% dei casi.

Socio
relazionale

Tab. 11 - Valutazione a T₀: sub-area socio relazionale

		Numero	Percentuale
Validi	Inadeguato	1	1,0
	Carente	9	9,0
	Quasi sufficiente	43	43,0
	Sufficiente	36	36,0
	Nella norma	10	10,0
	Elevato	1	1,0
Totale		100	100,0

Fig. 7 - Valutazione a T₀: sub-area socio relazionale per tutti i minori



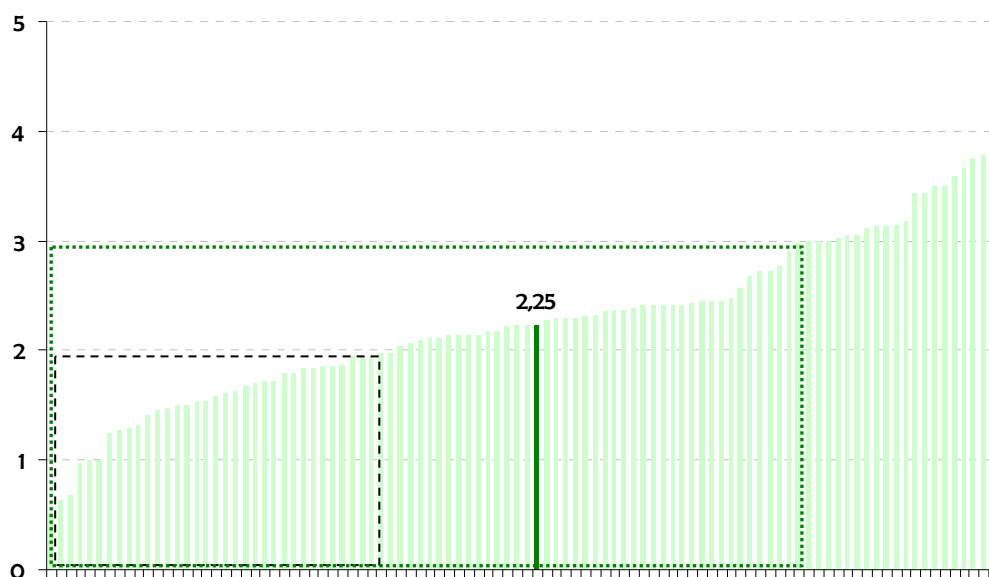
La scheda **affettivo relazionale** è stata completata per 98 minori (86%). Considera 4 componenti: rapporti affettivi primari con la madre, rapporti affettivi primari con il padre, la conoscenza di sé, affettività (emotività, capacità di esprimere vissuti, sessualità ecc).

Affettivo relazionale

Nell'area degli affetti e della conoscenza di sé emergono le maggiori difficoltà: il 58% dei bambini è valutato con capacità non adeguate rispetto all'età. Il 14% è "carente", ovvero con un livello grave (tab. 12). Il valore medio è 2,25. Il rapporto con il padre è l'aspetto più critico (1,67): "inadeguato" per il 20% dei bambini. In nessun caso il rapporto con il padre è considerato "normale".

Tab. 12 - Valutazione a T₀: sub-area affettivo relazionale

		Numero	Percentuale
Validi	Carente	14	14,3
	Quasi sufficiente	57	58,2
	Sufficiente	22	22,4
	Nella norma	5	5,1
Totale		98	100,0

Fig. 8 - Valutazione a T₀: sub-area affettivo relazionale per tutti i minori

Il quadro complessivo che emerge è il più critico: le condizioni affettive e relazionali dei minori a rischio di allontanamento sono quasi sempre fortemente compromesse. Le difficoltà più gravi si osservano nei rapporti affettivi primari con il padre (indice 1,67) e la madre (indice 2,09) e nelle relazioni amicali (indice 1,99). Molte situazioni di povertà materiali sono ulteriormente aggravate dalle povertà relazionali e filiali, a causa delle inadeguatezze dei genitori.

Due strumenti utilizzati per approfondire questi problemi sono la scala di responsabilizzazione (SR) e il livello di protezione nello spazio di vita (LPSV). Misurano la capacità della famiglia e della comunità di condividere responsabilità e di farsi carico dei bisogni dei minori. Sono costruiti a partire dalla **mappa dei soggetti e delle risorse**.

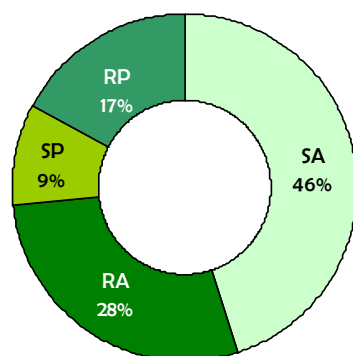
Il sistema di
responsabilità

La mappa considera le persone che vivono nello spazio di vita, ossia “intorno” al bambino/ragazzo (genitori, parenti, amici, eventuali operatori...). Ad ogni persona inserita nella mappa è assegnato un valore, a seconda che sia valutata: “soggetto” o “risorsa”, “attuale” o “potenziale”.

“Soggetti” sono le persone che hanno a cuore il problema, intendono affrontarlo, sono disposte a farsene carico e a realizzare le azioni necessarie, secondo le proprie capacità. “Risorse” sono le persone che non possono o non sono in grado di fare così, ma si rendono comunque utili per il raggiungimento di determinati obiettivi.

La mappa è stata completata per 104 minori su 114 (91%). Per ognuno sono elencate da 1 a 10 persone che compongono lo spazio di vita e rappresentano una rete primaria di sostegno. Vengono valutate nella loro capacità/possibilità di gestire il problema e di ridurre il rischio di allontanamento. Complessivamente sono 612 le persone, tra soggetti e risorse, che compongono gli spazi di vita considerati, in media quasi 6 per ogni bambino. La loro caratterizzazione e numerosità sono descritte nella successiva figura.

Fig. 9 – Soggetti attuali (SA), risorse attuali (RA), soggetti potenziali (SP), risorse potenziali (RP), valori percentuali



In circa la metà dei casi il padre o la madre sono soggetti attuali. Le madri in generale sono più presenti: in 44 casi su 104 (42%). I padri soltanto in 19 casi (18%). Altri parenti sono raramente indicati e sono per lo più i nonni. L'area solidale non esprime soggetti attuali, soltanto in 2 casi è indicato un adulto affidatario.

Soggetti attuali

I professionisti sono quelli più presenti nel sistema delle responsabilità (nei tre quarti dei casi) integrando funzioni genitoriali carenti o assenti. Operano in ambito scolastico, sociale o sanitario. L'assistente sociale è la figura ricorrente. Risulta soggetto attuale per 79 minori (3 su 4). Seguono lo psicologo, l'educatore (indicati in 1 caso su 3), il neuropsichiatra (1 su 4). Vi sono anche insegnanti, pedagogisti, operatori socio assistenziali, medici e pediatri (tab. 13 e fig. 10).

Il quadro che emerge è di bambini che vivono in condizioni di grave deprivazione, con genitori poco capaci di esserlo, in famiglie sole e prive di sostegno solidale o parentale, spesso sotto osservazione da parte dei servizi sociali, sanitari ed educativi. In molti casi questi apporti professionali compensano e integrano carenze genitoriali e familiari. Come vedremo, non sono sempre sufficienti per garantire una tutela adeguata all'età e ai compiti di sviluppo dei bambini e ragazzi considerati.

Tab. 13 – Soggetti attuali indicati, per area e ruolo

Area	Ruolo	Numero	Percentuale
Famiglia di origine	Madre	43	15,8
	Padre	19	7,0
	Fratello/Sorella	4	1,5
	Nonno/a	9	3,3
	Altri parenti	5	1,8
	<i>Totale</i>		<i>80</i>
Famiglia acquisita	Compagno del genitore	1	0,4
	Fratello/sorella acquisito	1	0,4
	<i>Totale</i>	<i>2</i>	<i>0,7</i>
Area solidale	Affidatario	2	0,7

Area	Ruolo	Numero	Percentuale
	Amico/a	0	0,0
	Volontario	0	0,0
	<i>Totale</i>	<i>2</i>	<i>0,7</i>
Professionisti	Insegnante	7	2,6
	Assistente sociale	79	29,0
	Educatore	31	11,4
	Psicologo	34	12,5
	Medico/pediatra	3	1,1
	Neuropsichiatra	23	8,5
	Pedagogista	5	1,8
	Logopedista	1	0,4
	Operatore socio assistenziale	4	1,5
	Operatore Sert	1	0,4
	<i>Totale</i>	<i>188</i>	<i>69,1</i>
Totale		272	100,0

Fig. 10 – Sintesi dei soggetti attuali per area di riferimento, valori percentuali

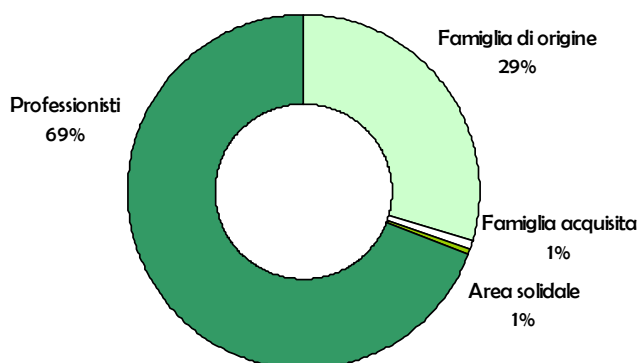
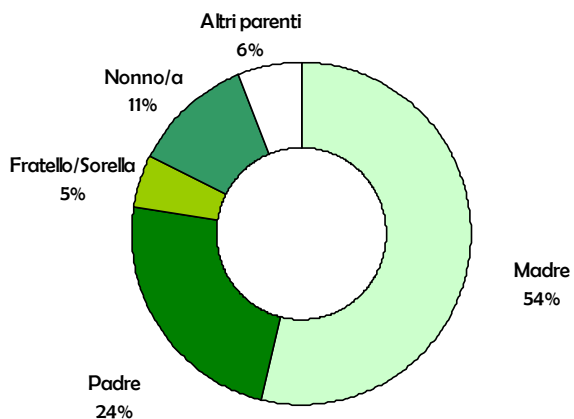
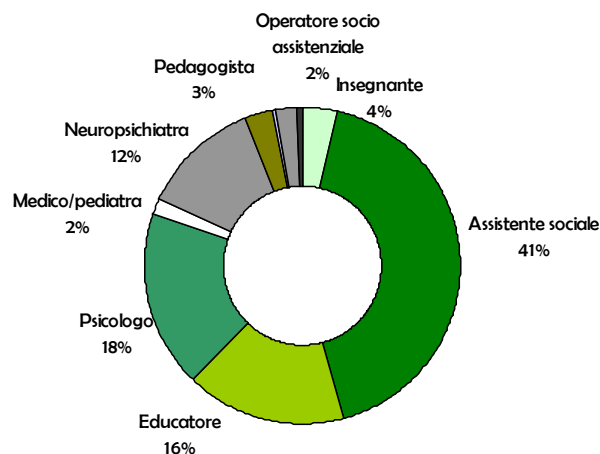


Fig. 11 – Sintesi dei soggetti attuali dell'area famiglia e professionisti, valori percentuali

Famiglia



Professionisti



Le risorse attuali sono composte per metà da familiari e per il 43% da operatori. Solo in piccola parte è presente la famiglia acquisita e l'area solidale (tab. 14 e fig. 12). Il padre o la madre sono risorsa attuale per 1 minore su 3. Qualificare un genitore "risorsa" e non "soggetto" è già di per sé un problema, visto che significa prendere atto delle sue limitazioni e delle sue insufficienze genitoriali. Nell'area solidale (circa il 6% delle risorse) vi sono volontari e affidatari. Nel 43% dei casi sono indicati uno o più professionisti: educatore, assistente sociale, insegnante e psicologo. È un indice di impegno pregresso dei servizi.

Fig. 12 – Risorse attuali per area di riferimento, valori percentuali

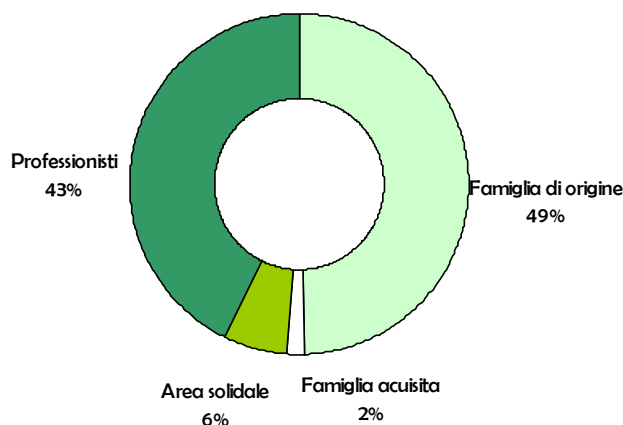
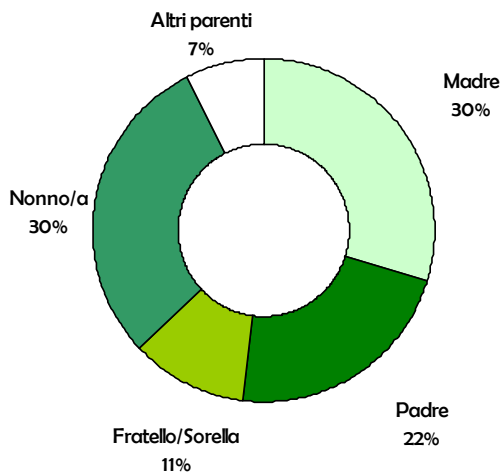
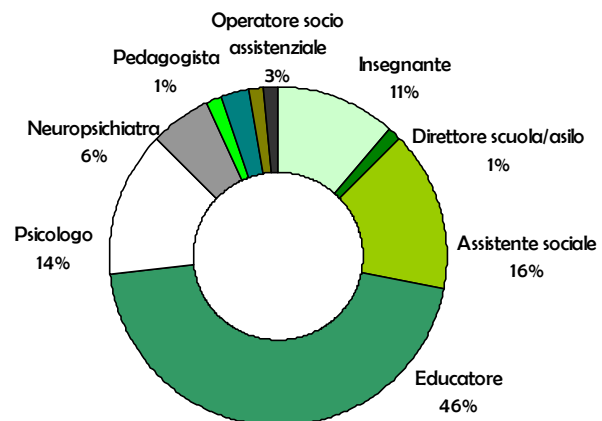


Fig. 13 – Risorse attuali dell'area famiglia e professionisti, valori percentuali

Famiglia



Professionisti



Tab. 14 – Dettaglio delle risorse attuali, per area e ruolo

Area	Ruolo	Numero	Percentuale
Famiglia di origine	Madre	24	14,5
	Padre	18	10,8
	Fratello/Sorella	9	5,4
	Nonno/a	24	14,5
	Altri parenti	6	3,6
	<i>Totale</i>	<i>82</i>	<i>49,4</i>
Famiglia acquisita	Compagno del genitore	4	2,4
	Fratello/sorella acquisito	0	0,0
	<i>Totale</i>	<i>3</i>	<i>1,8</i>
Area solidale	Affidatario	3	1,8
	Amico/a	0	0,0
	Volontario	6	3,6
	Allenatore sportivo	1	0,6
	<i>Totale</i>	<i>10</i>	<i>6,0</i>
Professionisti	Insegnante	8	4,8
	Direttore scuola/asilo	1	0,6
	Assistente sociale	11	6,6
	Educatore	32	19,3
	Psicologo	10	6,0
	Neuropsichiatra	4	2,4
	Pedagogista	1	0,6
	Operatore socio assistenziale	2	1,2
	Operatore centro diurno	1	0,6
	Baby sitter	1	0,6
<i>Totale</i>	<i>71</i>	<i>42,8</i>	
Totale		166	100,0

Nella mappa sono indicate anche persone presenti nello spazio di vita del bambino, che non esercitano ruoli di responsabilità e di aiuto. Sono pensate come coinvolgibili in un futuro progetto di aiuto dove condividere ulteriori capacità e responsabilità.

Anche padri o madri sono indicati tra i soggetti potenziali per 1 bambino su 5, o tra le risorse potenziali per 1 bambino su 4. Questo significa che al momento della prima valutazione sono assenti e non vivono con i figli un'esperienza di famiglia e di genitorialità degna di questo nome.

Soggetti e risorse potenziali

Fig. 14 – Soggetti potenziali per area di riferimento, valori percentuali

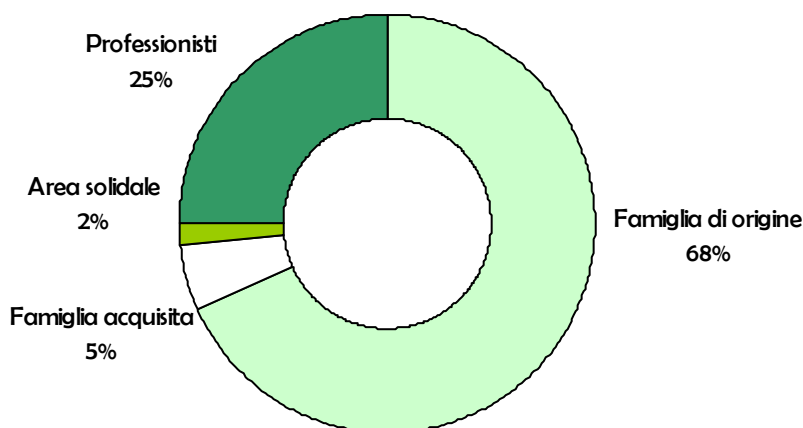
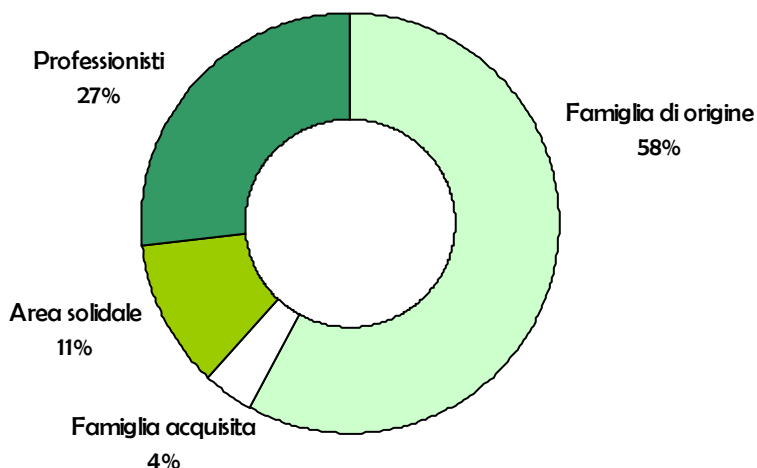


Fig. 15 – Risorse potenziali dell'area famiglia, valori percentuali



La figura della madre è presente nel sistema delle responsabilità per la maggior parte dei bambini (86%). Il padre è indicato in 2 casi su 3 (68%). Per quasi metà dei minori a rischio di allontanamento la madre è soggetto attuale, in 1 caso su 5 è risorsa attuale, più raramente soggetto o risorsa potenziale (fig. 16).

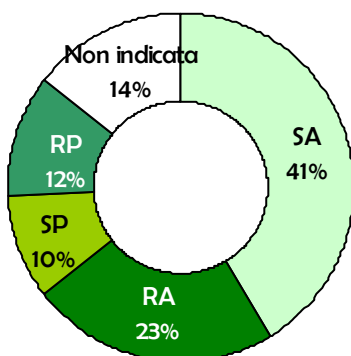
La figura del padre esercita mediamente un ruolo poco presente nella vita dei bambini: è soggetto attuale per 19 minori (18%), è risorsa attuale in 18 casi (17%). Negli altri casi è una figura potenziale, o nemmeno presente nel sistema di responsabilità del minore.

Come visto in precedenza sono indicatori che denotano le povertà relazionali e di esperienza familiare in cui si trovano a vivere molti bambini deprivati. In tutti questi casi, chiedersi se sia necessario e giusto adottare una scelta di allontanamento rappresenta una decisione molto importante sotto il profilo tecnico ed etico. Per certi figli, ad esempio, allontanare significa perdere quel poco di famiglia che è comunque importante per loro e necessario per poter crescere in modo positivo pur tra molte difficoltà.

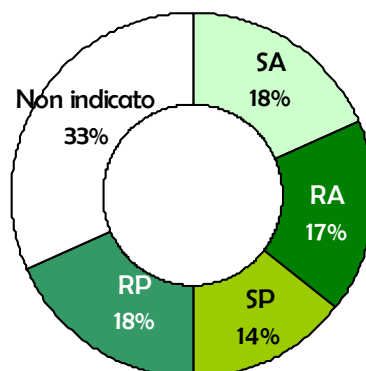
Il ruolo dei genitori

Fig. 16 – Madre e padre: soggetto attuale (SA), risorsa attuale (RA), soggetto potenziale (SP), risorsa potenziale (RP) e non indicato, valori percentuali

Madre

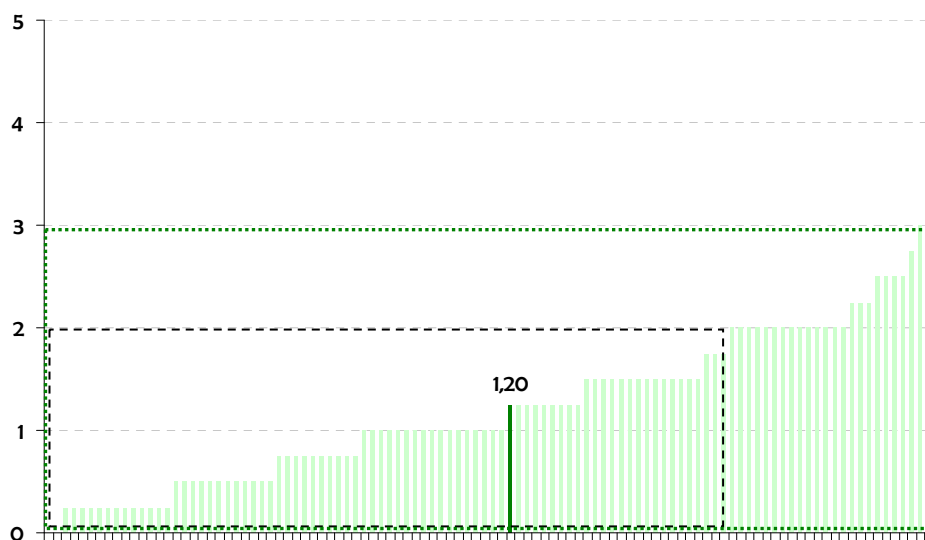


Padre



Dalla mappa dei soggetti e delle risorse sono stati ricavati due indici, la scala di responsabilizzazione (SR) e il livello di protezione nello spazio di vita (LPSV). In generale, il livello di responsabilizzazione è molto basso (fig. 17), visto che in una scala da 0 a 5 il punteggio medio vale 1,20. Segnala la gravità delle situazioni considerate “a rischio” di allontanamento e ne evidenzia la ragione principale.

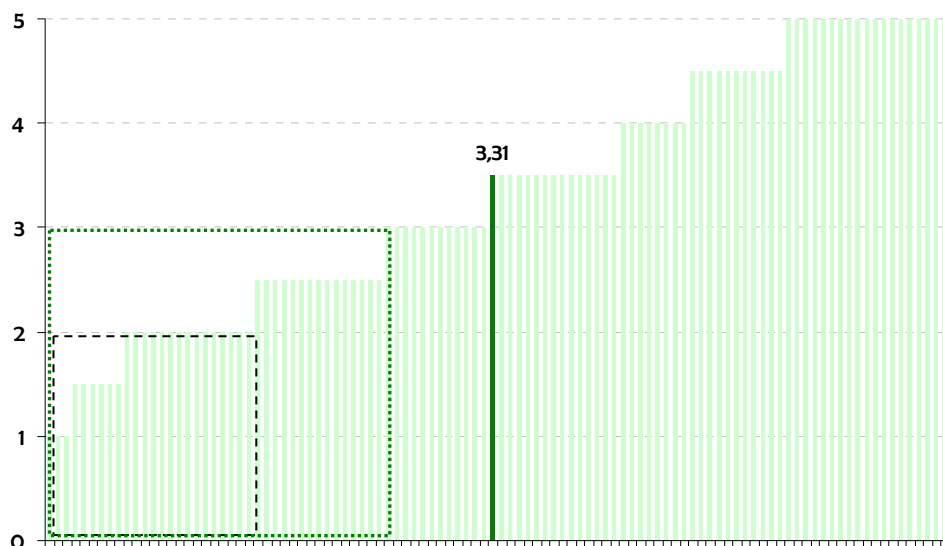
Fig. 17 - Valutazione a T₀: scala SR per tutti i minori



Il livello di protezione nello spazio di vita (LPSV) misura la capacità di protezione che esprimono i soggetti e le risorse presenti nello spazio di vita. Per tutti i minori inclusi nello studio sono stati individuati almeno un soggetto o una risorsa attuale (LPSV=1). Nel complesso il livello di protezione ha un valore medio pari a 3,31. È un indice che, nel caso di bambini, va interpretato in stretta associazione con SR. Se infatti SR è molto basso, un livello di protezione anche molto alto (come avviene nel caso della istituzionalizzazione) non è suffi-

ciente per garantire una adeguata tutela del diritto ad una famiglia e condizioni necessario per promuovere i compiti di sviluppo.

Fig. 18 - Valutazione a T_0 : scala LPSV per tutti i minori



Una lettura congiunta dei due indici mette in luce una grave carenza di “persone”, soprattutto di familiari, in grado di affrontare i problemi e disposti ad assumersi responsabilità genitoriali adeguate.

Problemi rilevanti emersi dall'analisi dei bisogni

L'8% dei minori soffre o ha sofferto di patologie organiche, come riportato negli esempi:

Patologie di tipo organico

“Soffre di diabete dalla nascita ed è celiaco”

“Una patologia organica non riconosciuta fino al terzo anno di vita le determina una condizione di sordità”

“Nata in astinenza (la mamma era sotto metadone)”

Il 6% presenta ritardo cognitivo e mentale (lieve, moderato o grave), associato a ritardo psicomotorio, difficoltà nelle autonomie, problemi di apprendimento.

“La minore cura poco la sua igiene”

“Ha ... scarsa autonomia personale (soprattutto nel vestirsi)”

Poco meno di un quarto dei casi (23%) manifesta difficoltà o disturbi di apprendimento, disturbi del linguaggio (dislessia), della scrittura, del calcolo.

Disturbi di apprendimento

“È stato certificato un disturbo specifico di apprendimento relativo a lettura, scrittura”

“Difficoltà persistenti nell'area ... degli apprendimenti, ancora carenti rispetto all'età e non del tutto sufficienti nelle scrittura e nel calcolo”

“È conosciuta da anni dai servizi di logopedia ... per una diagnosi di dislessia”

“Ha ... alcune difficoltà nel linguaggio; per questo, in accordo con la madre, il bambino ha ... svolto un ciclo di logoterapia”

Il 12% dei casi evidenzia difficoltà di attenzione e/o iperattività sotto forma di disattenzione, impulsività, agitazione motoria, diversamente combinati.

Difficoltà di
attenzione e
iperattività

“Non riesce a mantenere la concentrazione nei giochi per un lungo periodo”

“Si distrae continuamente, soprattutto quando deve svolgere i compiti. ... Si distrae facilmente, dimentica spesso a scuola tutto ciò che poi non le permette di svolgere i compiti a casa per il giorno dopo”

“Ha presentato alcune problematiche inerenti l'iperattività e l'attenzione”

“Minore con diagnosi di disturbo dell'attenzione ed iperattività”

“Atteggiamenti impulsivi e disattenti”

Il 7% manifesta scarso interesse per le attività scolastiche e bassa motivazione per lo studio; il 14% ha problemi di insuccesso scolastico per risultati negativi, necessità di ripetere l'anno, scarsa frequenza o vera e propria evasione dell'obbligo scolastico.

Attività
scolastiche

“Disinteresse verso le attività didattiche”

“Il ragazzo frequenta la seconda superiore. Quest'anno non manifesta alcun interesse per il percorso scolastico”

“Scarsa motivazione allo studio”

“Ragazza intelligente che frequenta la prima superiore con pessimi risultati”

“Le insegnanti riferiscono di uno scarso profitto che non deriva dalle capacità specifiche, ma dalle continue assenze”

“Evasione scolastica. ... Ragazza intelligente che non frequenta la scuola. ... Raggiunta la terza media con enormi difficoltà”

“Il minore è stato bocciato e sta ripetendo la prima media”

“Emerge uno scarso rendimento scolastico. È stata respinta alla scuola media”

Difficoltà nell'area dell'autonomia personale nell'8% dei casi, specialmente per quanto riguarda la cura della propria igiene e il vestirsi.

Il 18% manifesta comportamenti oppositivi-provocatorie verso familiari, insegnanti, coetanei, con atteggiamenti di ostilità, sfida, disobbedienza e rifiuto delle regole, atteggiamenti irritanti, aggressività, prepotenza nei confronti di coetanei.

Poca
autonomia e
comporta-
menti
oppositivi

“Ha problematiche comportamentali (disturbi del comportamento oppositivo). Non tollera la frustrazione e le regole imposte, alle quali reagisce in modo forte e talvolta aggressivo”

“Ha modalità relazionali molto forti, aggressive e provocatorie. ... Con i pari non sa relazionarsi in maniera adeguata, è violento nel linguaggio e negli agiti”

“Ha un comportamento ... provocatorio e aggressivo nei confronti dei pari e degli adulti”

“Con l'ingresso nell'età adolescenziale, ha iniziato ad assumere comportamenti ribelli e di non rispetto delle regole, soprattutto nel contesto scolastico”

Oltre il 40% dei minori evidenzia problemi di relazione con i familiari e con le figure di attaccamento. Si esprimono con vissuti e angosce abbandoni che, insicurezza affettiva, modalità relazionali simbiotiche con le figure genitoriali, ambivalenza affettiva, rapporti conflittuali, sindrome da alienazione, quando il minore si trova al centro di dinamiche conflittuali dei genitori che se lo “contendono” strumentalmente, forzandolo a “scelte affettive” preferenziali.

Problemi
relazionali con
i familiari

“Il minore ha scarsa autostima. ... Il tutto è dominato ... da un grande senso di abbandono vissuto per la lontananza dalla madre”

“Ha un disturbo dell'attaccamento alla figura materna che non gli ha permesso ... di frequentare regolarmente la scuola. ... hanno un legame morboso, non riescono a restare lontani”

“Rapporto collusivo e simbiotico con la madre”

“La minore verso il padre ha un atteggiamento molto svalutante, ma nel contempo protettivo”

“Rapporto ambivalente con la figura materna con dipendenza ancora infantile. Rapporto di lontananza e di timore con la figura paterna”

“La relazione madre-bambino è fortemente compromessa, infatti il minore oppone un netto rifiuto alla presenza materna esternando il suo disagio con parolacce ed aggressioni fisiche”

“M. ha più volte assistito alle problematiche che hanno coinvolto padre, madre e zio materno, che hanno prodotto in lui paura e insicurezza. Non fa emergere i molti timori e le molte paure a riguardo del mondo degli adulti, come a volerli proteggere, però ad un'analisi più approfondita si sente spesso deluso dai familiari e dagli adulti in genere”

Il 10% dei casi presenta le caratteristiche dei bambini adultizzati: si tratta di minori eccessivamente responsabilizzati, che presentano comportamenti e atteggiamenti non congrui rispetto all'età, assumendo - talvolta a seguito di aspettative implicite da parte dei genitori stessi - ruoli “genitoriali”.

Bambini
adultizzati

“I. sembra aver assunto il ruolo della madre, spesso assente ed inadeguata. Si occupa del fratello minore e delle faccende domestiche. ... La madre non filtra nessun tipo di problema con i suoi figli, i quali sono investiti di responsabilità troppo grandi per la loro età. Spesse volte chiede alla maestra cosa può fare per aiutare la madre”

“La minore nel corso degli anni si è fatta carico di responsabilità familiari non consone alla sua età. Il carico, soprattutto emotivo, è legato alle condizioni di salute della madre, affetta da epilessia e depressione. Le crisi epilettiche cui è soggetta la madre si manifestano il più delle volte in presenza della minore, la quale, sin da piccola, si è trovata da sola a doverle affrontare”

In due casi, sono osservati atteggiamenti di interesse pronunciato per la sfera sessuale, come nell'esempio successivo.

“Interessi pronunciati in ambito sessuale, con agiti di esplorazione e contatto provocatorio verso i coetanei. ... Interessi e comportamenti sessualizzati che la bambina rivolgeva ai coetanei, per i quali presumevamo scarsa attenzione da parte dei genitori ed esposizione a visioni di materiale pornografico, presente in casa”

In generale, il 16% manifesta forme di disagio psicologico o sintomi psicopatologici, come, per esempio: ansia, inibizione dell'emotività, tratti ossessivo-compulsivi, instabilità emotiva, scarso controllo degli impulsi, tricotillomania, difficoltà nel controllo delle emozioni, tratti sadici.

Sintomi psico
patologici

“Il minore presenta una diagnosi di ‘disadattamento, fobia sociale, sindrome da attacchi di panico con sottostanti elementi di lieve depressione secondaria alla lontananza della madre’. Si presenta come un ragazzino molto timido e impacciato”

“Ansioso, impaurito, contratto, passivo, non comunica e non si relaziona né con gli adulti, né con i coetanei. Uso di meccanismi di negazione”

“Ha ... fissazioni: l'ordine, pulizia, una certa ritualità nel posizionamento degli oggetti nella sua camera e in casa. ... Ha una ‘fissazione’ anche rispetto ad alcune sequenze linguistiche che devono essere rispettate, altrimenti va in escandescenza”

“Guarda ossessivamente i cartoni animati e fa un uso smisurato di giochi elettronici”

“Ha molte paure: dorme con il padre, ha paura ad uscire da solo, ad andare in bagno da solo. Molto silenzioso ed introverso, ha continue ossessioni riguardanti furti e situazioni che potrebbero metterlo in pericolo”

“Frequenti sbalzi di umore, non controlla la fame, si passa ripetutamente le mani alla bocca, si tocca continuamente i capelli”

“La bambina ha uno scarso controllo delle proprie emozioni, pertanto talvolta ha delle crisi ‘isteriche”

“Ha agito torture su animali domestici”

Una quota consistente, pari al 18%, presenta alterazioni e problemi nel comportamento alimentare: rifiuto del cibo, alimentazione irregolare, obesità.

Disturbi
alimentari

“Ha disturbi alimentari (mangia poco e seleziona il cibo)”

“Difficoltà nell'alimentazione che hanno portato la minore ad un livello preoccupante di obesità”

Alcuni presentano problematiche particolari quali dipendenza da sostanze (due casi), ripetute interruzioni di gravidanza (un caso), disturbo di genere (un caso).

Gruppo dei
pari

Il 22% evidenzia difficoltà di integrazione nel gruppo dei pari: si tratta di minori con difficoltà di socializzazione, chiusi in se stessi, isolati, con scarse e superficiali relazioni amicali, spesso emarginati dai coetanei per i loro problemi, o per il loro atteggiamento schivo e insicuro.

“Ragazzina introversa, con difficoltà di socializzazione. Predilige rapporti esclusivi rispetto a contesti allargati”

“Con il passare del tempo sta diventando sempre più chiusa ed insicura, frequenta poco gli amici, ha paura di essere derisa e rifiutata per la sua patologia e per la sua situazione familiare”

“Tendenzialmente inibita, con bassa autostima e difficoltà di integrazione con i pari, sentimenti di emarginazione ed esclusione”

“La minore ... viene allontanata dai coetanei ed è molto sola”

In alcuni casi, sono evidenziati comportamenti e stili di vita devianti, e/o rapporti con coetanei devianti.

Stili di vita devianti

“Stile di vita senza regole (abbigliamento non convenzionale, dorme nei parchi cittadini, non ha orari), non ha impegni durante la giornata, non ha progettualità futura, ... episodi di devianza, costruisce relazioni deboli, rete amicale deviante, incoscienza”

“Rapporti con coetanei devianti”

“Ragazza molto chiusa. ... Mette in atto ... comportamenti devianti”

Timori e stereotipi di tipo razziale, assorbiti in ambito familiare. “È prevenuto rispetto alla relazione con i coetanei extracomunitari, che classifica con stereotipi culturali dati dalla famiglia” Infine, il 12% dei minori è stato vittima di violenza, fisica o verbale, e/o di maltrattamenti, violenza psicofisica, abuso. Sono minori che hanno assistito e/o vissuto ad episodi di intensa conflittualità tra gli adulti di riferimento (liti, colluttazioni fisiche, maltrattamenti) e/o che sono stati essi stessi vittime di maltrattamento, violenze psicofisiche, abusi (accertati o presunti).

Violenza

“Il minore ha vissuto una situazione psicologica emotiva molto forte di violenza fisica da parte del padre nei confronti della madre”

“Subisce la separazione dei genitori ed assiste [...] a pesanti liti fra loro, con la presenza spesso delle forze dell'ordine”

“La minore ha subito maltrattamenti diretti e violenza assistita”

“All'interno del nucleo familiare la minore è vittima di sospetta violenza intra-familiare assistita e maltrattamento psicologico”

“Il minore vive la separazione fra i genitori all'età di circa tre anni dopo aver assistito a liti continue. ... Ci può essere stato un abuso sessuale sul figlio da parte del padre”

“Non ha accettato il convivente della mamma, il quale lo ha maltrattato psicologicamente e fisicamente”

Tab. 15 – Sintesi delle problematiche emerse, valori assoluti e percentuali sul totale dei casi

Categorie	Numero riferimenti	Percentuale
Patologie fisiche	9	8
Ritardo cognitivo	7	6
Ritardo psicomotorio	3	3
Difficoltà nelle autonomie personali (igiene ecc.)	9	8
Difficoltà/ disturbi di apprendimento	26	23
Difficoltà di attenzione/ Iperattività	14	12
Scarsa motivazione allo studio	8	7
Insuccesso scolastico/ scarsa frequenza/ abbandono scolastico	16	14
Comportamenti oppositivi - provocatori/ Difficoltà nel rispetto delle regole sociali	21	18
Problemi di relazione con i familiari/ le figure di attaccamento	47	41
Adultizzazione	11	10
Atteggiamenti sessualizzati	2	2
Disagio psicologico/ Psicopatologia	30	16
Alterazioni/problemi nel comportamento alimentare	20	18
Dipendenza da sostanze	2	2
Interruzione di gravidanza	1	1
Disturbi di genere	1	1
Difficoltà di integrazione nel gruppo dei pari (Isolamento)	25	22
Comportamenti /stili di vita devianti	2	2
Rapporti con coetanei devianti	2	2
Timori/ Stereotipi di tipo razziale	2	2
Violenza(fisico o verbale) assistita/ maltrattamento/abuso	14	12

Dalle valutazioni specifiche a una visione globale

Grazie alle analisi e valutazioni precedenti è stato possibile comporre i diversi risultati in una visione di insieme, per meglio identificare i profili di gravità e le componenti di bisogno/capacità. Gli operatori sono stati così in grado di meglio riconoscere l'apporto professionale che ha consentito di passare dalle analisi alle valutazioni delle situazioni, per poi costruire piani personalizzati, assumendo decisioni necessarie e difficili.

Per ogni area sono sintetizzate le informazioni raccolte attraverso gli strumenti di valutazione. Il profilo di gravità a T₀ rappresenta in un diagramma tutte le aree di osservazione: cognitiva comportamentale, funzionale organica, socio-ambientale relazionale. Di quest'ultima è stato evidenziato il sistema delle responsabilità.

Nel complesso, come abbiamo visto prima, i minori presentano capacità funzionali organiche e cognitive quasi nella norma (punteggio medi 3,49 e 3,14). Compromesse, invece, sono le capacità relazionali (2,36) e il sistema delle responsabilità (2,26).

Per meglio riconoscere e rappresentare i differenziali di criticità tra le aree gli operatori hanno utilizzato lo schema polare.

Il profilo di bisogno/capacità evidenziato dallo schema polare

Lo schema polare è uno strumento che permette di visualizzare in un unico diagramma tutti i valori ottenuti a seguito della valutazione. I punteggi delle scale sono normalizzati e trasformati in raggi, con valori polarizzati che vanno da 0 (al centro della stella) a 4 (all'estremità periferica). Una maggior concentrazione verso il centro sta ad indicare un elevato livello di compromissione nell'area di osservazione considerata.

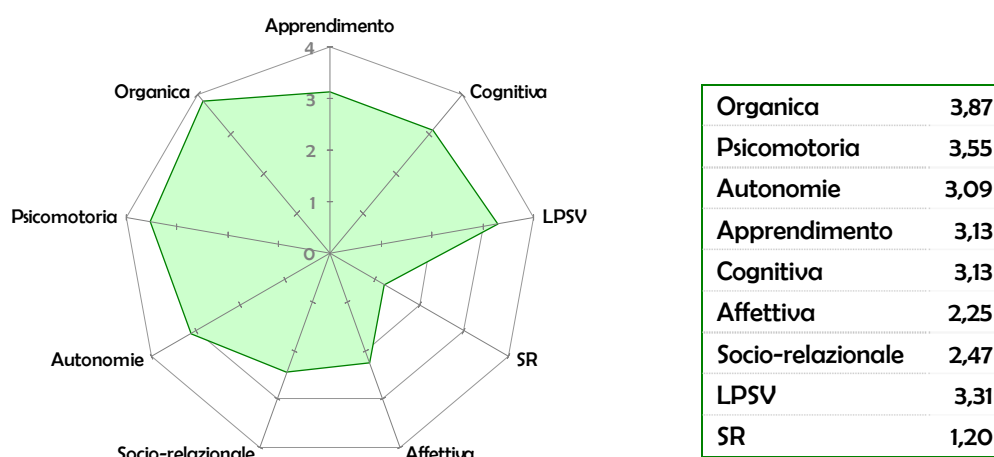
Lo schema polare in figura 19 riproduce il profilo medio a T₀ dei minori inclusi nello studio, visualizzando in ogni raggio i punteggi medi delle scale di valutazione.

Trattandosi di un profilo medio, non evidenzia la casistica con maggiore complessità e gravità di bisogno. È tuttavia utile per capire il quadro diagnostico ricorrente e i problemi che gli operatori hanno affrontato per ridurre il rischio di allontanamento.

Come detto in precedenza, la maggiore criticità è quella della responsabilizzazione (SR=1,20) all'interno dell'area socioambientale e relazionale. C'è una forte carenza di persone "adulte" nello spazio di vita dei minori disposte ad assumersi responsabilità di fronte ai bisogni fondamentali dei figli, ad essere soggetti attivi e responsabili. Vi sono forti carenze anche nelle sub-aree affettiva (2,25) e socio relazionale (2,47). I figli non sono in grado di rapportarsi in modo adeguato con i propri genitori, né con gli amici e i compagni.

Nelle sub-aree funzionale, organica e cognitiva non si osservano particolari criticità. Le capacità dei minori quando non sono nella norma sono comunque sufficienti (i punteggi delle scale sono tutti compresi tra 3 e 4). Non sempre è stato facile sottoporre i bambini/ragazzi ad analisi sanitarie più approfondite e forse anche per questo la sub-area organica presenta un valore medio di 3,87.

Fig. 19 - Schema polare a T₀: punteggi medi delle scale



I punteggi delle scale di valutazione sono significativamente correlati tra loro⁷, per quanto riguarda gli ambiti cognitivo, organico e socio relazionale. La cor-

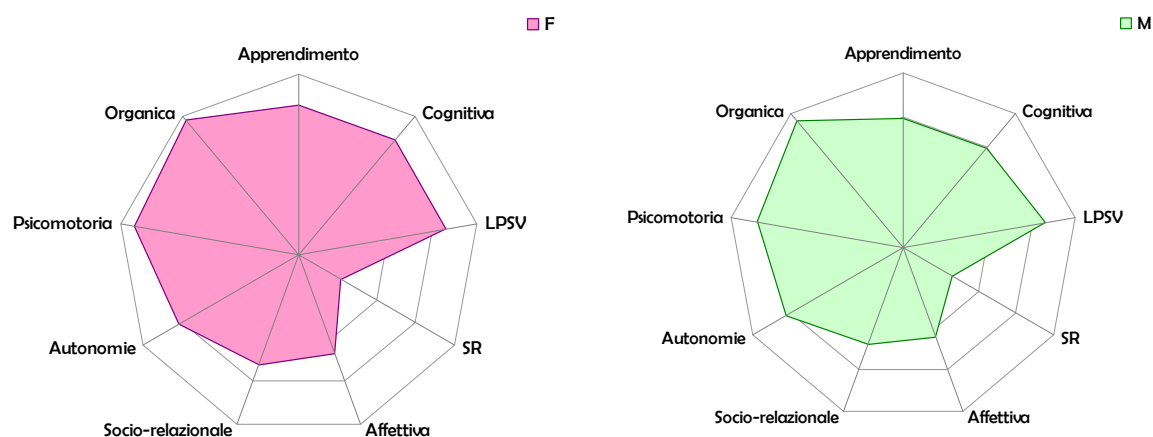
⁷ Per verificare la correlazione tra i punteggi delle scale si è calcolato il coefficiente di correlazione lineare di Pearson.

relazione è positiva, ovvero a punteggi elevati in una sub-area corrispondono in media punteggi elevati nelle altre. Le relazioni tra scale sono più forti all'interno della stessa area, ad esempio tra capacità cognitive comunicative e dell'apprendimento (coefficiente di correlazione 0,88), o tra le dimensioni affettive e socio-relazionali (0,80). Vi è anche una forte associazione tra la sub-area cognitiva e quella psicomotoria e delle autonomie (0,72).

Profili per genere

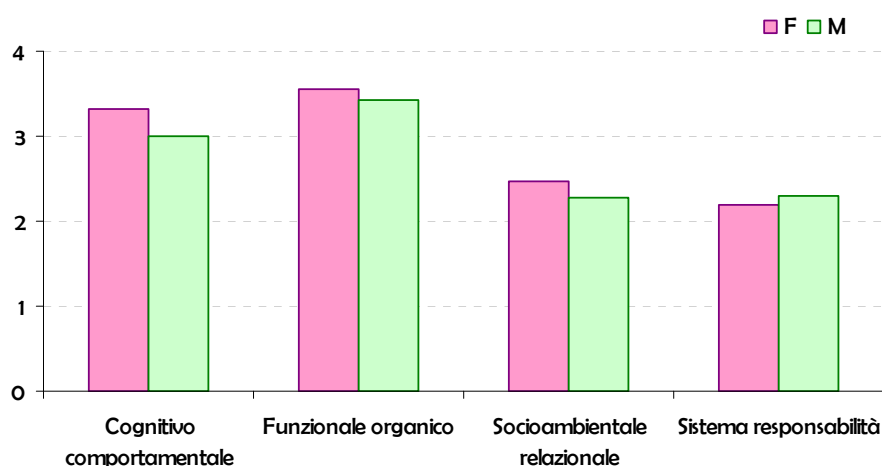
Il profilo di gravità a T_0 è simile tra maschi e femmine (fig. 20 e 21) e le differenze medie dei punteggi non sono statisticamente significative⁸. Si osservano tuttavia alcune diversità negli item che compongono le scale. Ad esempio, le femmine hanno maggiori indici per le funzionalità cognitive per quanto riguarda la comprensione ($F=3,55$ $M=2,88$) e maggiori capacità di apprendimento nella lettura e scrittura ($F=3,30$ $M=2,71$). Nella sub-area socio ambientale e relazionale, le bambine nel complesso presentano maggiori capacità relazionali con i propri compagni di scuola ($F=2,98$ $M=2,37$). Gli operatori assegnano alle femmine punteggi più elevati nell'accettare i compagni, nel rispettare le loro cose e nel rispettare le regole della classe. All'interno della scuola, le bambine manifestano cioè una maggiore partecipazione alle attività ($F=3,07$ $M=2,47$) e una maggiore capacità di accettare consigli e osservazioni ($F=2,95$ $M=2,31$).

Fig. 20 - Schema polare a T_0 : punteggi medi delle scale per femmine e maschi



⁸ Per confrontare le differenze in media si sono utilizzati: il test Test T per campioni indipendenti e il test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti (non parametrico).

Fig. 21 - Profilo di gravità a T₀: punteggi medi delle aree per maschi e femmine



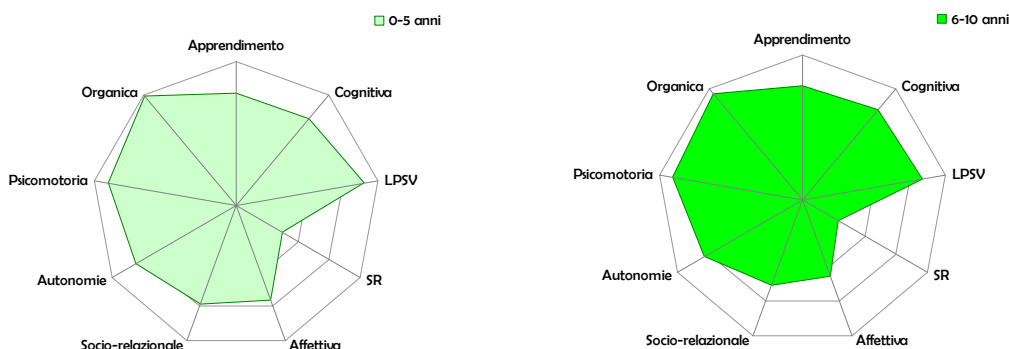
Profili per età

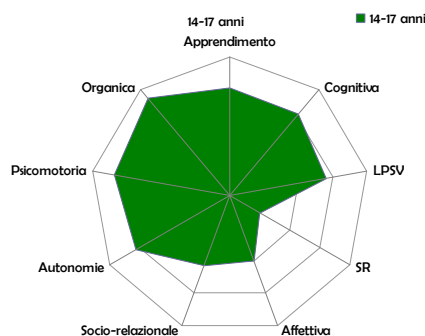
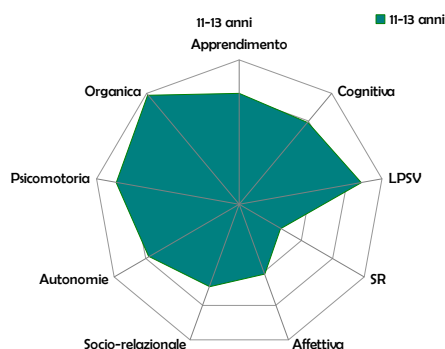
Per i bambini della fascia d'età più giovane, tra 0 e 5 anni, gli operatori non hanno potuto compilare tutte le valutazioni, in particolare quelle delle sub-aree cognitive comunicativa e dell'apprendimento, perché non applicabili.

L'area in cui a T₀ si osservano differenze significative per età è quello socioambientale e relazionale. In media le capacità relazionali diminuiscono al crescere dell'età. Le differenze sono evidenti nei due raggi che misurano l'affettività e le capacità socio relazionali. Ad incrinarsi maggiormente con l'età sono i rapporti con i compagni di scuola e le interazioni (rispetto delle regole, accettazione degli insegnanti, capacità di accettare consigli e osservazioni).

Per la sub-area affettiva non ci sono particolari differenze nei rapporti affettivi primari con il padre e la madre. Emergono invece nella conoscenza di sé e nell'affettività. Ad esempio, all'aumentare dell'età diminuisce la capacità di rispettare le regole, di riconoscere i limiti e peggiora l'immagine di sé. I ragazzi crescendo tendono ad investire sempre meno in ciò che fanno e nelle persone significative che li circondano, hanno più difficoltà a controllare la propria emotività, ad esprimere vissuti e ad accettare i compagni. Emerge la sofferenza quotidiana a cui sono sottoposti e le conseguenze negative, che in età evolutiva sono particolarmente evidenti nei disturbi relazionali e di personalità.

Fig. 22 - Schema polare a T₀: punteggi medi delle scale per fascia d'età





Potenzialità su cui investire

L'analisi multiassiale ha consentito agli operatori di sintetizzare i problemi e le potenzialità dei bambini e dei ragazzi prima di definire il piano operativo.

Guardando alle potenzialità su cui investire, il 18% dei minori evidenzia abilità/capacità, descritte in termini di "intelligenza", "buon andamento scolastico", "ottimi risultati scolastici", "buone risorse cognitive", "curiosità", "attenzione a ciò che la circonda", "buone capacità adattive".

Il 15% dimostra "buone capacità relazionali". Nei casi migliori, sono ragazzi "socievoli", con "buone capacità di socializzazione", "ben inseriti all'interno della classe", "molto integrati nel contesto sociale di riferimento", con "capacità di investimento affettivo con adulti di riferimento".

Il 12% viene descritto con tratti del carattere che nel tempo possono rivelarsi una risorsa positiva, quali, per esempio, "espansivo", "estroverso", "solare", "forte e indipendente", "caparbio", con "forte motivazione all'esperienza scolastica e all'apprendimento". Il 14% manifesta interessi e/o abilità particolari in campo creativo-artistico, manuale, sportivo, naturalistico.

Le abilità

"Ama la musica, la pittura e le attività artistiche in generale"

"Ha ... un'immensa fantasia e creatività"

"Ha una passione per il disegno"

"Ama la musica e ballare"

"Ha una manualità molto sviluppata"

"È interessato all'ambito dell'elettricità e del bricolage"

"Gioca molto bene a calcio, suo interesse principale"

"Ama gli animali"

L'atteggiamento è collaborativo verso gli operatori e i servizi nell'8% dei casi.

Atteggiamento collaborativo dei bambini

"Con i servizi è collaborativa e riesce a chiedere aiuto"

"Accetta l'intervento di adulti significativi, specie se sono figure maschili e che non lo misurino solo sulle cose che non sa fare"

"Il ragazzo accetta l'intervento educativo. È consapevole di avere un problema di autocontrollo"

Tab. 16 – Potenzialità dei minori, valori assoluti e percentuali sul totale dei casi

Categorie	Numero riferimenti	Percentuale
Abilità/Capacità cognitive	20	18
Abilità relazionali	17	15
Tratti del carattere	14	12
Abilità/interessi in campo creativo-artistico, manuale, sportivo, naturalistico	16	14
Atteggiamento collaborativo con operatori/ servizi	9	8

Questi aspetti positivi possono contare, in alcuni casi (7%), anche su un atteggiamento collaborativo dei genitori.

Atteggiamento collaborativo dei genitori

“Le potenzialità sono rappresentate dall’adesione/collaborazione della famiglia ad un lavoro con i servizi socio-sanitari. Il ragazzo accetta l’intervento educativo. È consapevole di avere un problema di autocontrollo”

“La signora è collaborativa e disponibile a seguire le indicazioni degli operatori, ha un atteggiamento positivo”

“Entrambi i genitori si sono impegnati e in tempi diversi hanno svolto, e svolgono tutt’ora, colloqui con la psicologa dell’Ufsma”

“Il padre frequenta gruppo alcolisti anonimi, che rappresenta un buon sostegno nei periodi di crisi. ... La famiglia collabora comunque al progetto accettando i supporti proposti a suo tempo”

Per 103 casi (90%) conosciamo i professionisti che hanno attuato la valutazione e hanno descritto la situazione dei minori in termini di problemi e potenzialità. Come per l’analisi della domanda, l’assistente sociale è la figura principale (in 98 casi su 103). Sono presenti anche altre figure professionali: psicologo, educatore, sociologo, pediatra e pedagogo (tab. 17).

Tab. 17 – Operatori che hanno documentato l’analisi del problema, valori assoluti e percentuali

Categorie	Numero	Percentuale
Assistente sociale	102	65,4
Psicologo	19	12,2
Educatore	14	9,0
Sociologo	9	5,8
Medico/pediatra	7	4,5
Pedagogo	5	3,2
Totale	156	100,0

I dati sintetizzati in questa tabella evidenzia quanto permanga un deficit di integrazione, in particolare socio sanitaria, nella valutazione del bisogno e delle capacità. Come evidenziato in precedenza, le analisi dei fattori organico funzionali, e ,in certi casi, cognitivi, avrebbero potuto essere più approfondite se le professioni sanitarie avessero garantito un maggiore impegno di valutazione, diagnosi e conoscenza condivisa.

LA PERSONALIZZAZIONE DEI PROGETTI

Dopo l'analisi del problema, gli operatori hanno costruito i progetti di presa in carico personalizzata, definendo obiettivi, risultati attesi, strategie di azione e fattori osservabili. Lo hanno fatto per 95 bambini, l'83% del totale. Dopo circa 3 mesi (T₁), dopo la verifica e valutazione delle azioni intraprese, gli operatori hanno redatto un secondo piano, riformulando obiettivi e azioni sulla base degli esiti raggiunti. Il secondo piano operativo è stato redatto per 52 ragazzi (46% dei casi).

Il programma delle attività

La conoscenza delle problematiche e potenzialità dei minori a rischio di allontanamento ha messo in grado gli operatori di costruire i piani operativi per dare risposta concreta ai bisogni dei bambini e delle famiglie coinvolte nello studio, specificando gli obiettivi, le strategie, i fattori osservabili.

A questo fine, hanno seguito un percorso metodologico, utilizzando gli elementi emersi dall'analisi dei problemi e delle potenzialità.

Tab. 1 – Percorso metodologico

Schema polare	Domande per facilitare il percorso logico
Sintesi dei bisogni e delle potenzialità	Dallo schema polare, quali aree problema e aree di potenzialità si rilevano?
Definizione degli obiettivi	A fronte dello schema polare ottenuto, quali <i>obiettivi</i> ci si può porre?
Definizione della strategia di azione	Quali azioni vanno messe in campo per raggiungere quegli obiettivi?
Descrizione della azione/azioni	Come si possono descrivere?
Collegamento tra azione e area di osservazione	In quale aree di benessere si pensa di osservare un cambiamento attraverso "quella azione"?
Definizione dei fattori osservabili	Come si può misurare il cambiamento che ci si aspetta di ottenere (e che è l'effetto di "quella azione")?

Come nella prima annualità, è stato piuttosto impegnativo uscire dall'agito quotidiano e prefigurarsi il percorso di aiuto in termini misurabili e valutabili. Alle unità operative è stato richiesto di esplicitare le scelte che hanno motivato l'azione professionale. Pensare ad alta voce ha a che fare con le modalità decisionali ed è un costante richiamo alla responsabilità (Rosen, 2003; Zeira A., 2012). Gli operatori sono stati incoraggiati a fare due compiti distinti e correlati: 1) spiegare il processo decisionale e 2) prefigurare gli ostacoli organizzativi e professionali per superarli.

Le raccomandazioni richiedevano che – a seguito della valutazione con schema polare – venissero sintetizzati i problemi e le potenzialità. Abbiamo verificato se la documentazione risultava coerente con tali raccomandazioni, ad esempio: la sintesi “i genitori sono tornati a vivere insieme. Si sono impegnati in tempi diversi e hanno svolto i colloqui con la psicologa. Hanno gradualmente superato le difficoltà relazionali. Prosegue l'intervento settimanale dell'assistente domiciliare. Il bambino frequenta regolarmente la scuola e l'attività sportiva” non documenta in modo coerente i problemi del bambino visto che la descrizione è centrata sulla situazione dei genitori e sull'andamento degli interventi.

Anche la sintesi “disagio abitativo, disagio economico, disabilità, disagio socio-relazionale, deboli competenze genitoriali” non si focalizza sul figlio ma descrive la situazione complessiva in cui vive la famiglia, evidenziando le criticità.

È stata inoltre valutata la coerenza tra la sintesi dei problemi e delle potenzialità e gli obiettivi esplicitati. Gli obiettivi descritti in termini di “sostegno nella acquisizione delle regole e individuazione di un modello positivo di riferimento. Programmazione di un percorso di sostegno alle capacità genitoriali” oppure “intraprendere un percorso di psicoterapia familiare” sono descritti come azioni e non evidenziano quale sia l'obiettivo reale a cui deve tendere il percorso di aiuto rivolto al minore. Queste e altre modalità di documentazione sono state considerate non coerenti o coerenti solo in parte, come evidenziato nella successiva tabella.

Tab. 2 – Appropriatezza dell'analisi del problema, valori assoluti e percentuali

	Coerenza tra analisi del problema e sintesi dei bisogni e delle potenzialità	Coerenza tra sintesi dei problemi e delle potenzialità e obiettivi
Primo piano		
Sì	33 (34,4%)	51 (53,1%)
In parte	22 (22,9%)	25 (26,0%)
No	39 (63,5%)	18 (18,8%)
Non indicato	2 (2,1%)	2 (2,1%)
Totale	96 (100%)	96 (100%)
Secondo piano		
Sì	22 (42,3%)	37 (71,2%)
In parte	11 (21,2%)	7 (13,5%)
No	19 (36,5%)	8 (15,4%)
Totale	52 (100%)	52 (100%)

Si nota la crescita di capacità metodologica nel passaggio tra il primo e il secondo piano, che ha trovato riscontro nella maggiore adeguatezza delle scelte e in una migliore capacità di aiuto.

La parte più complessa del percorso metodologico è stata la definizione dei fattori osservabili, cioè dei cambiamenti osservabili e misurabili che, anche se piccoli, sono molto importanti, visto che evidenziano se il cammino intrapreso va nella direzione necessaria per conseguire i risultati attesi. I fattori osservabili utilizzati sono molto simili ai “sensitive outcomes” descritti da Lightburn e War-

ren-Adamson (2007) e Berry e altri (2006) oppure ai “movement outcomes” di Ezell e Spath (2012). Sono cioè piccoli passi quotidiani monitorabili verso un risultato atteso condiviso.

Il monitoraggio ha consentito di valutare i fattori osservabili in termini di appropriatezza, distinguendoli dai fattori osservabili “di processo”, pari al 9,3% di quelli indicati (numero di colloqui con lo psicologo al mese, numero di accessi al centro diurno) imparando a privilegiare i fattori osservabili “di esito”, per verificare direttamente l’impatto in termini di cambiamento personale e relazionale (numero di volte che si presenta con i vestiti puliti, se il cambiamento atteso riguarda l’autonomia, oppure quante se e quanto viene invitata ad uscire se ci si aspetta un cambiamento nella socializzazione extrascolastica).

Complessivamente, nei piani operativi considerati, sono stati definiti 553 fattori osservabili, 64,2% nel piano operativo a T₀ e i rimanenti nel secondo piano a T₁, con una media di 3,9 fattori osservabili per minore sia nel primo che nel secondo piano operativo.

L’analisi dei fattori osservabili ha tenuto conto della “validità” del fattore osservato. Sono stati separati i fattori osservabili riferiti al minore e quelli riferiti al genitore. Sono stati considerati “pertinenti” solo se misuravano il cambiamento in termini di “effetto positivo” sul benessere del bambino. Fattori specificatamente riferiti a cambiamenti nei genitori (ad esempio, litigi tra i coniugi, preparazione dei pasti...) sono stati considerati a parte (sono 81 i fattori osservabili riferiti ai genitori). La decisione di separare le due tipologie di fattori ha permesso di concentrare l’attenzione sui cambiamenti del minore, dovuti ad azioni dirette oppure ad azioni con i genitori, che hanno avuto ricadute rilevanti sui figli (Ghate D. e altri, 2008; Aldgate J., 2012).

Ai fini della misurabilità, questa distinzione dei percorsi si è rivelata molto importante dato che ha consentito di verificare quanto ogni azione producesse benefici sull’uno o sull’altro dei soggetti in carico ai servizi.

I fattori osservabili di esito nel primo piano operativo sono stati 258 (62,9%) e nel secondo piano operativo 152 (37,1%). L’analisi ha consentito la costruzione di una “tassonomia” dei fattori osservabili selezionati, ovvero delle macro-categorie di esito. Complessivamente sono state individuate 5 macro-categorie di esito:

1. autonomia,
2. responsabilizzazione,
3. apprendimento,
4. benessere psicofisico,
5. relazioni.

L’“autonomia” considera i cambiamenti riferiti all’area della alimentazione, della igiene e della cura di sé, della esecuzione di compiti o progetti predefiniti. La “responsabilizzazione” comprende cambiamenti relativi all’acquisizione delle regole, alla responsabilità nella frequenza scolastica, alla partecipazione e accettazione delle situazioni di vita, alla diminuzione di comportamenti antisociali. La categoria “relazioni” comprende le relazioni interne alla famiglia, in particolare nei rapporti con i genitori e le relazioni scolastiche ed extrascolastiche. La ricorrenza delle categorie è descritta nella successiva tabella.

Tab. 3 – Macro-categorie di esito per piano operativo

	Piano operativo 1		Piano operativo 2	
	Numero	Percentuale	Numero	Percentuale
Autonomia	61	23,6	53	34,9
Responsabilizzazione	66	25,6	33	21,7
Apprendimento	10	3,9	11	7,2
Relazioni	107	41,5	50	32,9
Benessere psicofisico	14	5,4	5	3,3
Totale	258	100,0	152	100,0

Come evidenziato nella valutazione S-P (con schema polare), l'area socio-ambientale relazionale è risultata quella più "critica". Nel primo piano operativo il maggiore cambiamento che si intendeva osservare è relativo all'area delle relazioni, all'interno della famiglia e nella sfera scolastica ed extrascolastica. Nel secondo piano operativo, aumenta la percentuale di cambiamenti attesi nell'area delle autonomie, seguita dai cambiamenti nell'area delle relazioni.

Tab. 4 – Macro-categorie di esito, aree di osservazione e piani operativi

		Piano operativo 1		Piano operativo 2	
		Numero	%	Numero	%
Autonomia	Alimentazione	12		9	
	Igiene e cura di sé	16		18	
	Esecuzione di compiti e progetti	33		26	
	Totale	61	100,0	53	100,0
Responsabilizzazione	Acquisizione delle regole	16		2	
	Frequenza scolastica	7		6	
	Partecipazione/accettazione	24		15	
	Comportamenti antisociali	19		10	
	Totale	66		33	
Apprendimento		10	100,0	11	100,0
Relazioni	Relazioni familiari	57		18	
	Relazioni sociali (extrascolastiche)	47		28	
	Relazioni sociali (a scuola)	3		4	
	Totale	107		50	
Benessere psicofisico		14		5	
Totale		258	100,0	152	100,0

Tab. 5 – Esempi di fattori osservabili per area di esito atteso

Autonomia
<i>Alimentazione</i>
Diminuzione assunzione cibo fuori dai pasti
Colazione al mattino
Cene regolari alla settimana
<i>Igiene e cura di sé</i>
Fa il bagno
Abbigliamento non adeguato
Indossa abiti sporchi
<i>Esecuzione di compiti e progetti</i>
Porta a termine un gioco
Completa i compiti in autonomia
Si concentra per almeno un'ora sui compiti scolastici pomeridiani
Responsabilizzazione
<i>Acquisizione delle regole</i>
Ore passate davanti alla televisione
Rientri settimanali negli orari concordati
Chiede di giocare prima di aver svolto i compiti
<i>Frequenza scolastica</i>
Assenze
Va a lezione
Permanenza in classe
<i>Partecipazione/accettazione</i>
Parla di sé e dei suoi vissuti
Accetta il dialogo su argomenti diversi dalla preparazione scolastica con l'educatore
Accetta le attività proposte dall'educatore
<i>Comportamenti antisociali</i>
Episodi di aggressività organizzata con amici
Si impossessa di oggetti altrui
Mette in atto comportamenti adultizzati verso i pari
Apprendimento
Materie sufficienti
Vocaboli nuovi a disposizione
Legge da solo e produce semplici testi con l'educatore
Relazioni
<i>Relazioni familiari</i>
Scontri verbali con la madre
Momenti di gioco con la madre
Manifesta rabbia e aggressività nei confronti della madre
<i>Relazioni sociali</i>
Svolge giochi di gruppo
Incontri con altri coetanei nelle ore libere
Attività extrascolastiche a cui partecipa
Benessere psicofisico
Si sveglia la notte
Crisi di "panico"

Quali prestazioni professionali troviamo nella “scatola nera”?

L'analisi degli esiti è stata considerata insieme al processo messo in atto e alle risorse (input) destinate al progetto personalizzato. Capita a volte di indicare interventi con lo stesso nome, che però sono diversi nelle loro componenti. Ad esempio quando l'intervento “sostegno alla genitorialità” risulta composto dall'intervento di un educatore professionale oppure dall'educatore insieme con l'assistente sociale, con quantità diversificata a seconda dell'attività proposta, la finalizzazione è analoga ma la composizione dell'aiuto è diversa.

La sperimentazione ha evidenziato che gli interventi a sostegno della famiglia sono molteplici e su più livelli, a domicilio, in semiresidenzialità, a livello ambulatoriale, anche a livello residenziale, per il tempo necessario per facilitare la soluzione di un problema familiare (ad esempio un ricovero ospedaliero del genitore) o per dare sollievo ad una famiglia troppo provata.

Ciò che maggiormente ci ha interessato è stato il contenuto della “scatola nera”, la *black box*, descritta da Fein (2003) come l'insieme delle attività che stanno “tra gli obiettivi e gli esiti”. Ma come guardare dentro la scatola nera? Spesso si evita di porre attenzione al suo contenuto, limitandosi a quantificare ciò che viene erogato. Invece, è importante focalizzarsi sui contenuti, la loro composizione e le modalità di erogazione, guardando insieme processo ed esito, input ed outcome.

Per questo motivo, una parte consistente della seconda annualità del progetto Risc è stata dedicata a riconoscere e comprendere ciò che gli operatori hanno fatto “con e per”, cercando di evidenziare il mix di azioni dei piani operativi. Si tratta di uno sforzo che ha consentito di entrare nella complessità della scatola nera. È emersa, nello scorrere della sperimentazione, la difficoltà di dettagliare chi fa che cosa, con chi, quanto spesso e per quanto tempo. Ancora più difficile è stato dettagliare le scelte in fase di progettazione, prefigurandole, selezionando risultati attesi, osservabili, misurabili e verificabili in termini di outcome. Durante la sperimentazione, agli operatori è stato chiesto costantemente di declinare questi risultati in termini di benefici, specificando la composizione dei fattori messi in campo per dare risposte ai problemi. Ogni gruppo di ricerca ha operato all'interno del proprio contesto organizzativo, con le risorse a disposizione, con i vincoli a cui non era possibile sottrarsi.

Per ognuna delle azioni ha fatto seguito la descrizione della loro composizione in termini di prestazioni, quantità, chi le compie, tempi e costi.

È stato anche chiesto di codificare le prestazioni, tenendo conto della classificazione dei Lea. La composizione delle prestazioni ha messo a disposizione i profili di cura e di costo dei progetti personalizzati. Grazie a questo sforzo, come vedremo, è risultato possibile mettere in rapporto indici di efficacia e di costo.

In sostanza uno dei punti di attenzione della seconda annualità è stata la necessità di considerare tre parametri contemporaneamente: i contenuti e le quantità di risposta (output), il loro costo, i benefici di benessere/salute conseguiti (outcome), misurabili in termini di efficacia.

Per riconoscere i differenziali di input, output e outcome è stata utilizzata dagli operatori coinvolti in Risc una classificazione degli interventi e servizi sociali sviluppata dalla Fondazione Zancan nel 2005 (Bezze M. e altri 2005; Bezze

Composizione
della risposta

Nella black
box

Classificazione
delle risposte
nei Lea

M., Vecchiato T., 2010) e poi sperimentata e meglio caratterizzata in diversi servizi e realtà territoriali (Ezell M. e altri, 2011)

Le prestazioni di volta in volta previste dai progetti personalizzati sono state classificate secondo tre macro-livelli di assistenza: attività di servizio sociale, risposte domiciliari e risposte intermedie. All'interno di ogni macro-livello sono stati poi individuati i servizi e le conseguenti prestazioni, come esemplificato nella successiva tabella.

Tab. 6 – Esempi di servizi per macro livello nei livelli essenziali di assistenza

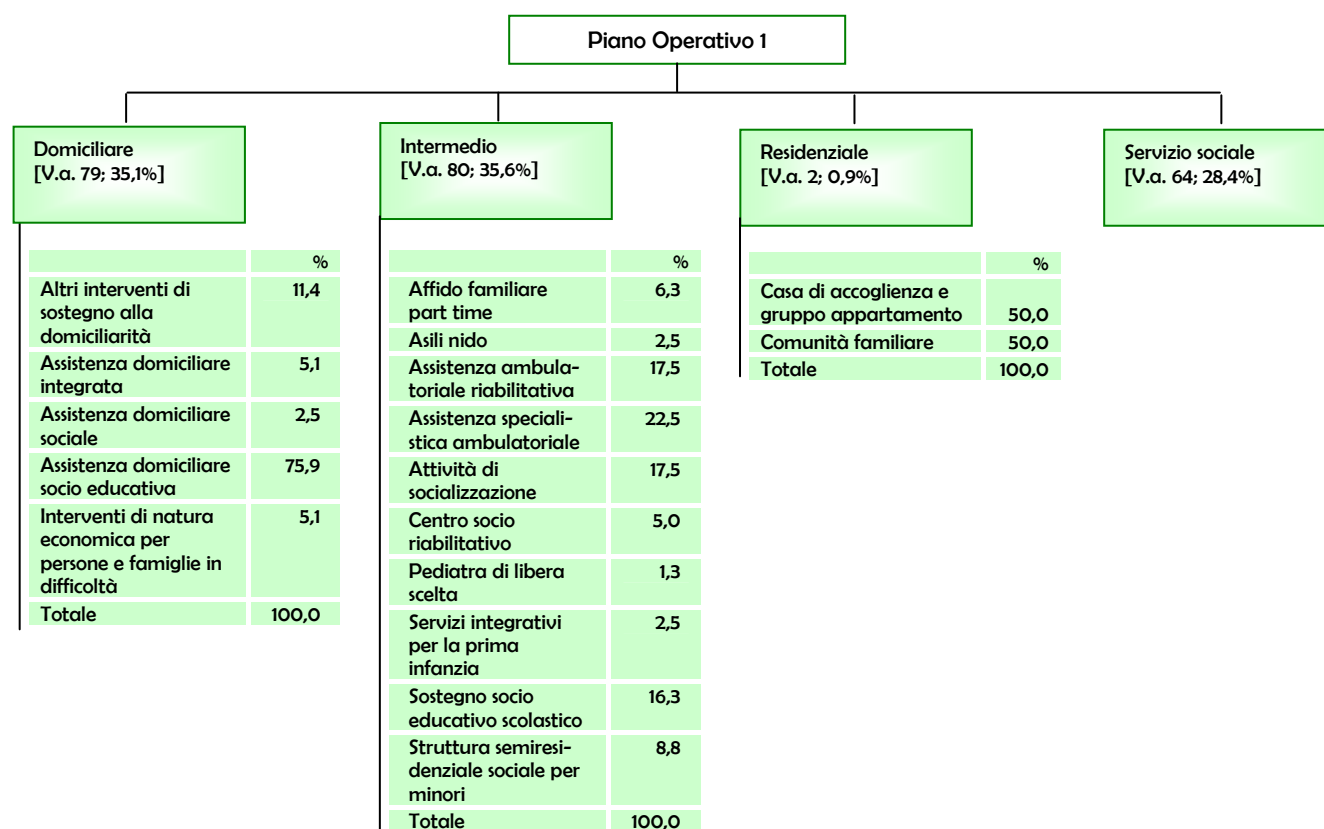
Macro livello	Servizi
Servizio sociale	Servizio sociale professionale
Domiciliare	Assistenza domiciliare socio educativa
	Assistenza domiciliare sociale
	Assistenza domiciliare integrata
	Adozione
	Interventi di natura economica per persone e famiglie
	Altri interventi di sostegno alla genitorialità
	Assistenza protesica
	Adp
	Ad-cure palliative
Intermedio	Struttura semiresidenziale sociale per minori
	Affido familiare part time
	Sostegno socio educativo scolastico
	Centro socio riabilitativo
	Attività di socializzazione
	Centri famiglia/consultorio familiare
	Servizio per l'inserimento lavorativo
	Mensa
	Contributo scuola
	Asilo Nido
	Servizi integrativi per la prima infanzia
	Pediatra di libera scelta
	Assistenza integrativa
	Assistenza specialistica ambulatoriale
	Assistenza a ambulatoriale riabilitativa
Residenziale	Affido familiare
	Casa di accoglienza e gruppo appartamento
	Comunità familiare
	Comunità a dimensione familiare
	Centro di pronta accoglienza per minori
	Gruppo appartamento per adolescenti e giovani
	Comunità socio riabilitativa
Emergenza	Pronto intervento sociale

Durante la seconda annualità dello studio Risc sono state utilizzate complessivamente 374 modalità di risposta, distribuite tra il primo (255, in media 2,71) e il secondo piano operativo (119, in media 2,53), destinate a 114 bambini/ragazzi. L'attenzione costante è stata quella di superare la logica del "lavoro per prestazioni", con la personalizzazione dei percorsi di aiuto per poter meglio affrontare le difficoltà personali e familiari dei bambini/ragazzi.

In questa più articolata capacità di visione del problema e delle condizioni di affrontarlo, hanno messo radici i percorsi decisionali integrati (multiprofessionali, e laddove necessario interistituzionali), basati sul concorso collaborativo di diversi centri di responsabilità e di risorse.

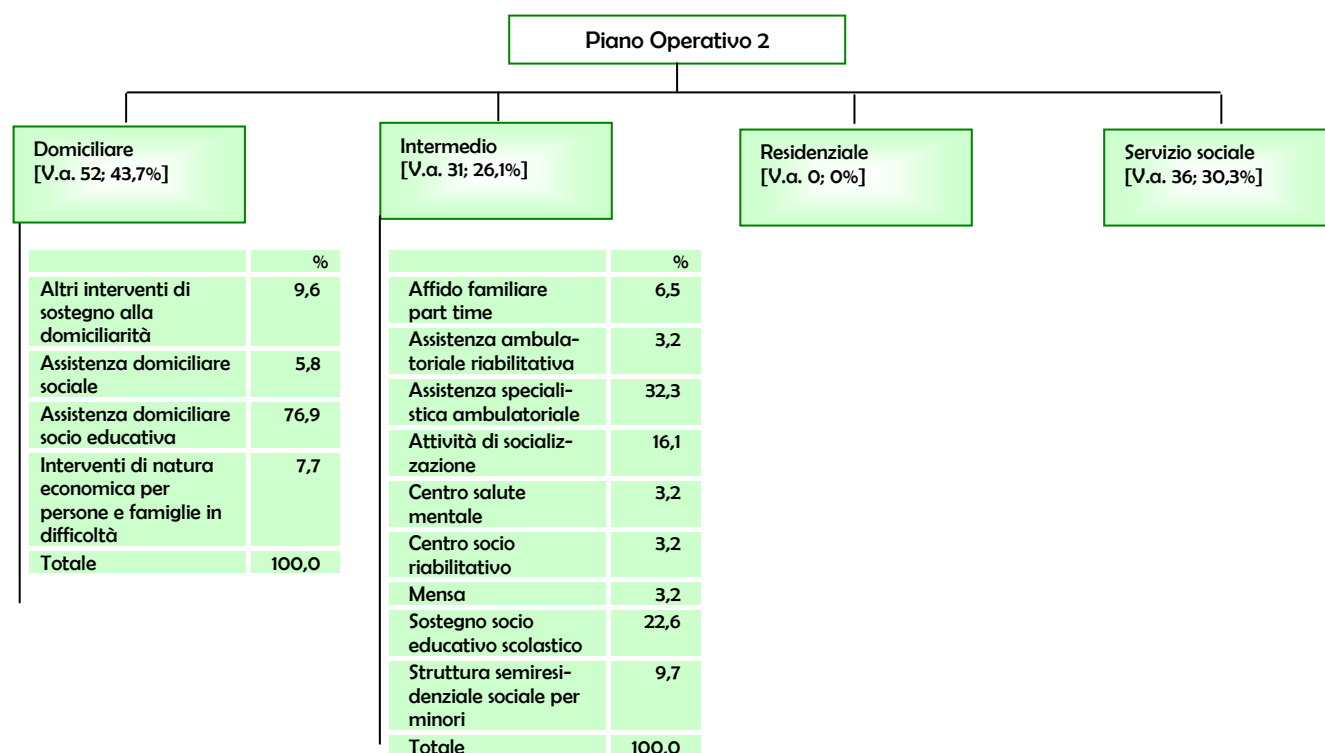
Gli operatori hanno privilegiato gli interventi domiciliari (35,1%) e intermedi (34,7%). A livello domiciliare l'intervento maggiormente attuato è stato l'assistenza domiciliare socio educativa (76%). A livello intermedio gli interventi si sono distribuiti tra assistenza specialistica (23%), riabilitativa ambulatoriale (20%), attività di socializzazione (20%), sostegno socio educativo scolastico (17%)⁹.

Fig. 1 – Albero delle prestazioni indicate nei piani operativi di fase 1 (n=225)



⁹ L'azione svolta dal servizio sociale in termini di consulenza, supporto, progettazione, monitoraggio e verifica non sempre è stata documentata come richiesto dallo studio. Nel piano operativo personalizzato l'assistente sociale documenta prevalentemente le attività svolte da colleghi (educatori, psicologi, pediatra ecc.) e non abbastanza le proprie.

Fig. 2 – Albero delle prestazioni indicate nei piani operativi di fase 2 (n=119)



È possibile considerare le prestazioni per fascia d'età, come meglio precisato nella successiva tabella. Per ogni fascia d'età sono state poi costruiti gli alberi delle prestazioni.

Tab. 7 – Distribuzione dei macro-livelli per fascia d'età (primo piano operativo)

	0-5	6-10	11-13	14-17
Domiciliare	46,7	41,3	27,1	25,0
Intermedio	30,0	27,2	39,0	47,7
Residenziale	-	3,3	1,7	-
Servizio sociale pr.	23,3	28,3	32,2	27,3

Abbiamo differenziato gli alberi delle risposte per fasce d'età, per capire se questo comportasse scelte differenziate e coerenti con la diversa natura dei bisogni, pur conoscendo la ristrettezza di risorse in cui i servizi sono costretti ad operare. Alcune differenze si possono notare, ma sono tali da poter essere spiegate con i diversi bisogni del ciclo di vita.

Fig. 3 – Albero delle prestazioni bambini 0-5 anni (n=30, primo piano operativo)

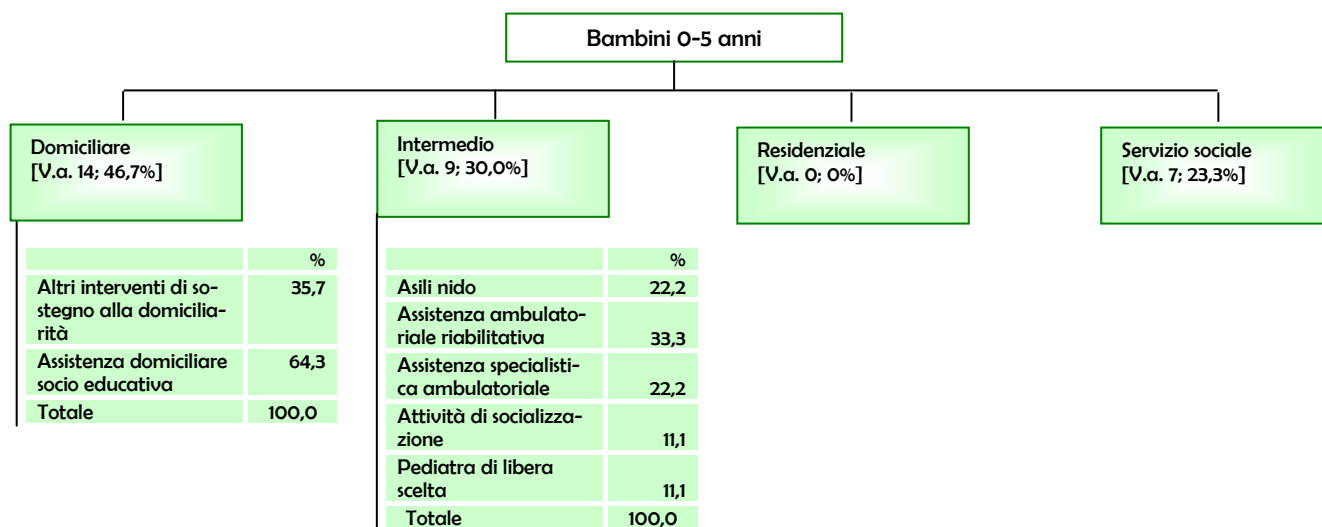


Fig. 4 – Albero delle prestazioni bambini 6-10 anni (n=92, primo piano operativo)

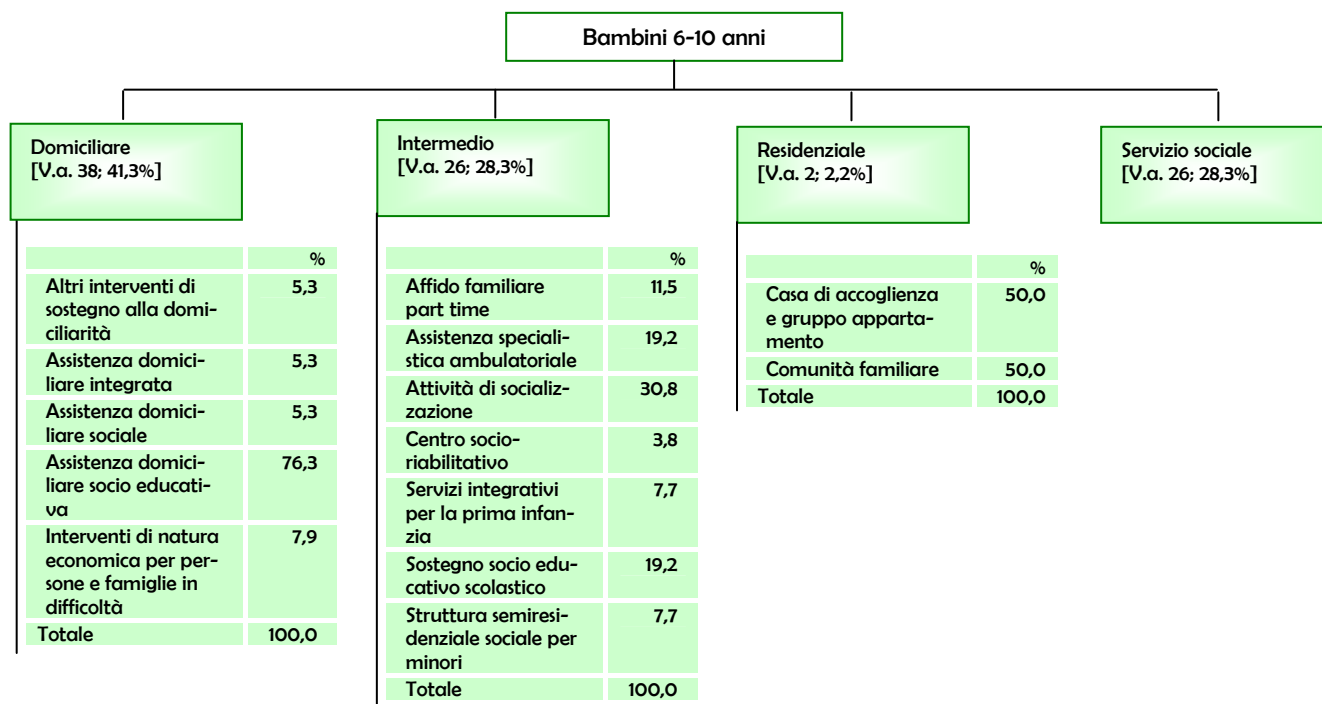


Fig. 5– Albero delle prestazioni bambini 11-13 anni (n=59, primo piano operativo)

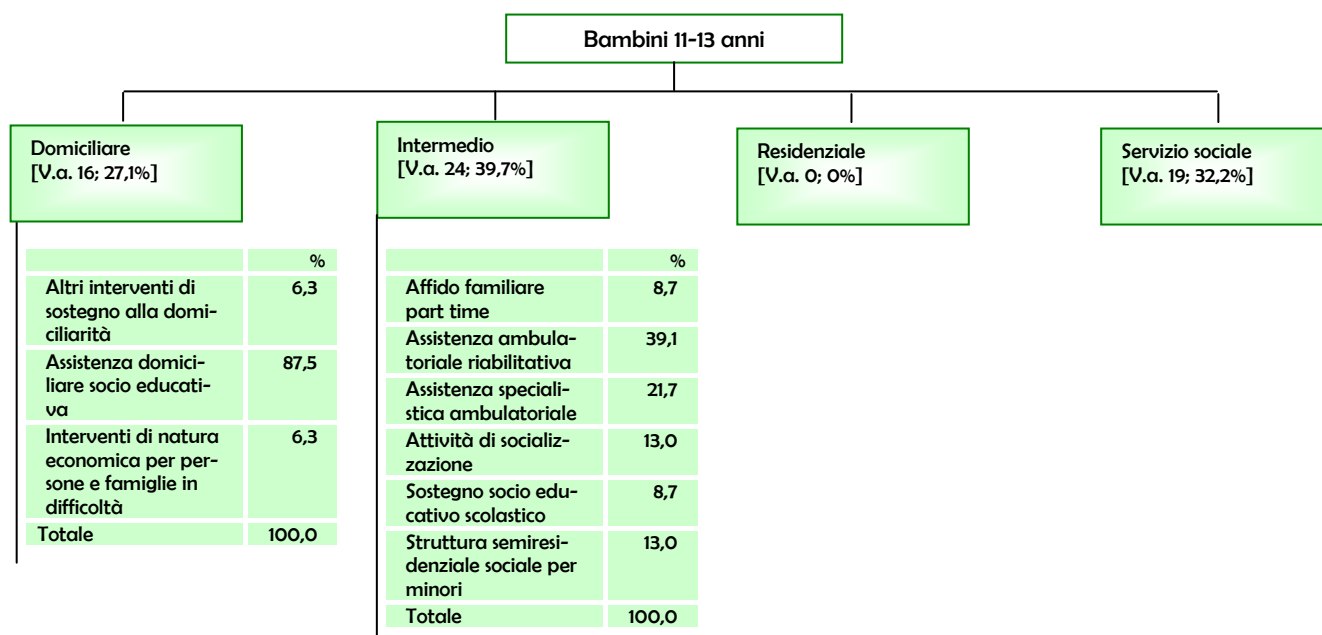
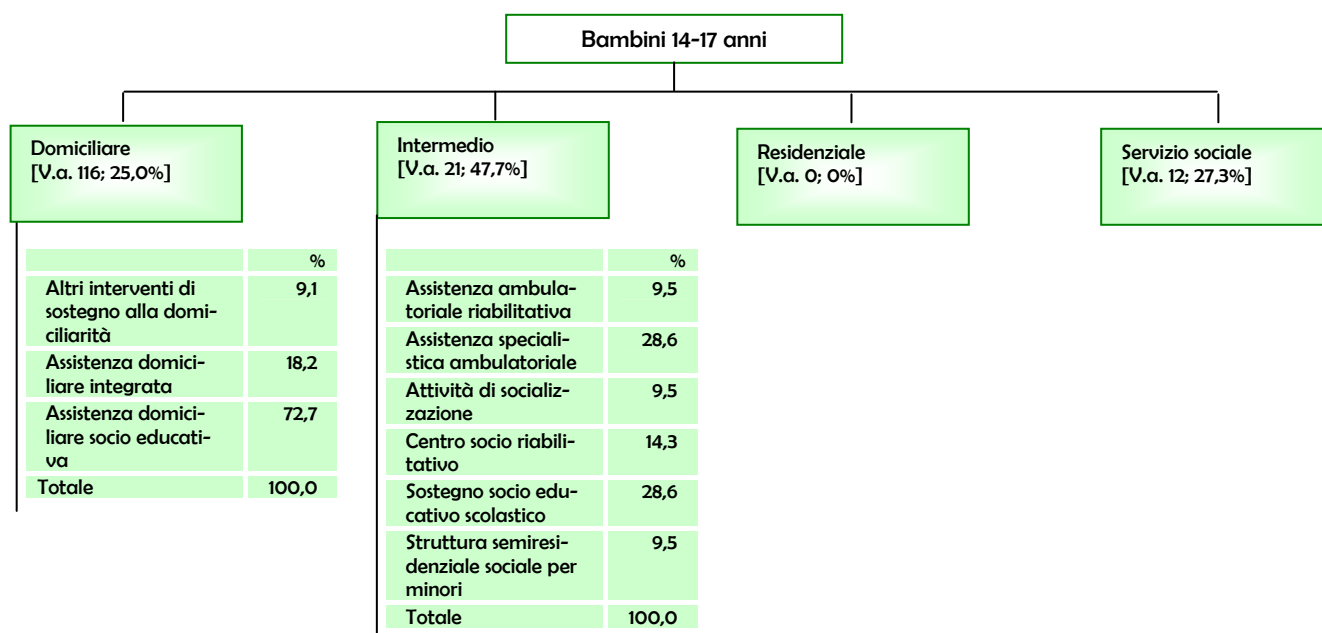


Fig. 6 – Albero delle prestazioni bambini 14-17 anni (n=44, primo piano operativo)



Collaborazioni professionali e non professionali

Ai progetti personalizzati hanno partecipato operatori diversi, in particolare assistenti sociali, psicologi ed educatori. Le differenze nel loro coinvolgimento sono individuate nell'ammontare di tempo impiegato e nel livello di responsa-

bilità che ogni tipo di operatore ha avuto. In totale hanno collaborato 172 persone, di cui 152 (88,4%) operatori e 20 (11,6%) familiari o dell'area solidale (tab. 8).

Tab. 8 – Soggetti delle prestazioni indicati nei piani operativi di fase 1

		Numero	Percentuale
Professionisti	Assistente sociale	42	24,4
	Educatore	74	42,8
	Psicologo	26	15,1
	Medico/pediatra	1	0,6
	Operatore sociosanitario	2	1,2
	Neuropsichiatra	4	2,3
	Insegnante	2	1,2
	Psicoterapeuta	1	0,6
	<i>Totale</i>	<i>152</i>	<i>88,4</i>
Familiari e re- te solidale	Madre	5	2,9
	Padre	2	1,2
	Nonno/a	1	0,6
	Affidatario	4	2,3
	Volontario	7	4,1
	Amico	1	0,6
	<i>Totale</i>	<i>20</i>	<i>11,6</i>
Totale	172	100,0	

I familiari e la rete solidale sono intervenuti principalmente in prestazioni a domicilio oppure in prestazioni di socializzazione. Gli assistenti sociali hanno realizzato interventi a livello domiciliare (sostegno alla domiciliarità, assistenza domiciliare, interventi natura economica), a livello intermedio (attività di socializzazione, sostegno scolastico) e soprattutto si sono impegnati in prestazioni di servizio sociale professionale. Gli educatori hanno curato l'assistenza domiciliare socioeducativa e a livello intermedio le attività di socializzazione e di sostegno educativo. Altri professionisti (psicologo, pediatra, neuropsichiatra, insegnante...) sono impegnati principalmente in interventi di tipo intermedio.

Tab. 9 – Dettaglio prestazioni per professionisti

Soggetto	Livello	Numero
Assistente sociale	Domiciliare	7
	Intermedio	4
	Servizio sociale	30
	Totale	41
Educatore	Domiciliare	49
	Intermedio	16
	Servizio sociale	6
	Totale	71

Soggetto	Livello	Numero
Psicologo	Intermedio	21
	Servizio sociale	3
	Totale	24
Medico/pediatra	Intermedio	1
Operatore sociosan.	Domiciliare	2
Neuropsichiatra	Intermedio	3
Insegnante	Intermedio	2
Psicoterapeuta	Intermedio	1
Totale	Domiciliare	58
	Intermedio	48
	Servizio sociale	39
	Totale	145

Nel secondo piano operativo, nelle 90 prestazioni specificate sono risultate coinvolte 83 figure professionali: nel 23,7% dei casi l'assistente sociale, nel 43% l'educatore, nel 10,8% lo psicologo. La famiglia e l'area solidale è stata coinvolta nel 7,5% dei casi (in particolare volontari per attività di socializzazione).

Come per l'analisi della domanda, l'assistente sociale è la figura principale nella fase di analisi del problema. È quasi sempre indicata (in 98 casi su 103). Sono citate anche altre figure professionali: lo psicologo, l'educatore, il sociologo, il pediatra e il pedagogista (tab. 10).

Tab. 10 – Operatori che hanno documentato, valori assoluti e percentuali

	Numero	Percentuale
Assistente sociale	102	65,4
Psicologo	19	12,2
Educatore	14	9,0
Sociologo	9	5,8
Medico/pediatra	7	4,5
Pedagogista	5	3,2
Totale	156	100,0

Nonostante il carico di lavoro, per gli operatori è stato interessante impegnarsi in questo tipo di progettazione. Ha aumentato la consapevolezza sull'utilizzo del tempo. È emerso che la responsabilità di programmare, incontrarsi e documentare sono attività centrali, che non vanno trascurate o ridotte al minimo, in nome di un "fare" senza pensiero professionale. Nella seconda annualità di Risc l'analisi di quello che è stato erogato e che si trova usualmente all'interno della scatola nera è andata di pari passo con la valutazione degli esiti e con una presentazione ragionata delle componenti di scelta e della loro connessione logica (Zeira A., 2012). Quanto più forte è risultata questa connessione, tanto più la relazione tra l'intervento erogato e le sue conseguenze sono state meglio identificate e valorizzate.

Qualche implicazione

Condivisione delle responsabilità

Le responsabilità di fare, per quanto possibile, sono state condivise (90% dei casi che si sono impegnati a rispettare gli impegni presi e a collaborare).

Il processo di condivisione di responsabilità ha visto coinvolte 241 persone indicate nei piani di fase 1 e 125 nei piani di fase 2. La figura professionale quasi sempre presente è l'assistente sociale. Seguono quella dell'educatore e dello psicologo. A condividere il piano sono spesso chiamati anche altri specialisti dell'area sociale e sanitaria: neuropsicologo, pedagogo, medico/pediatra, psicoterapeuta. A volte è presente la scuola con gli insegnanti e i direttori scolastici, e l'area solidale (affidatario, volontario) o la famiglia (tab. 11 e 12).

Tab. 11 – Persone che condividono responsabilità nei piani di fase 1

	Numero	Percentuale
Assistente sociale	90	37,3
Educatore	63	26,1
Psicologo	46	19,1
Neuropsichiatra	14	5,8
Pedagogo	5	2,1
Medico/pediatra	3	1,2
Insegnante	4	1,7
Direttore scuola	3	1,2
Responsabile centro diurno	2	0,8
Responsabile cooperativa	2	0,8
Psicoterapeuta	1	0,4
Tossicologo SERT	1	0,4
Affidatario	3	1,2
Volontario	3	1,2
Madre	1	0,4
Totale	241	100,0

Tab. 12 – Persone che condividono responsabilità nei piani di fase 2

	Numero	Percentuale
Assistente sociale	49	39,2
Educatore	29	23,2
Psicologo	18	14,4
Neuropsichiatra	11	8,8
Pedagogo	7	5,6
Medico/pediatra	1	0,8
Psicoterapeuta	1	0,8
Direttore scuola	2	1,6
Insegnante	4	3,2
Volontario	1	0,8
Allenatore	1	0,8

	Numero	Percentuale
Madre	1	0,8
Totale	125	100,0

Emerge l'adesione formale dei genitori a cui poi non fa seguito una collaborazione sostanziale. D'altra parte, se ciò avvenisse, avremmo a che fare con genitori adeguati e in grado di soddisfare le responsabilità genitoriali. Ma è proprio quello che non avviene nei casi qui considerati a rischio di allontanamento. A conclusione del piano condiviso, gli operatori che hanno programmato le attività, hanno verificato anche il livello di attuazione, indicando quali prestazioni programmate sono state effettivamente erogate, se totalmente o solo in parte, da chi ne aveva la responsabilità.

Su 225 prestazioni indicate nella programmazione delle attività (T₀-T₁), per 135 (60%) è stata verificata l'attuazione. Tre quarti sono state eseguite, per un quarto solo in parte. Nel secondo piano operativo, su 119 prestazioni indicate, per 54 (45%) è stata verificata l'attuazione. Per l'85% sono state eseguite, per il 15% soltanto in parte.

Tab. 13 - Percentuale di attuazione delle prestazioni (T₀-T₁)

		Numero	Percentuale	Percentuale valida
Validi	0-25%	11	4,9	8,1
	26-50%	14	6,2	10,4
	51-75%	9	4,0	6,7
	100%	101	44,9	74,8
	Totale	135	60,0	100,0
Non indicato	Mancante di sistema	90	40,0	
Totale		225	100,0	

Tab. 14 - Percentuale di attuazione delle prestazioni (T₁-T₂)

		Numero	Percentuale	Percentuale valida
Validi	0-25%	1	,8	1,9
	26-50%	3	2,5	5,6
	51-75%	4	3,4	7,4
	100%	46	38,7	85,2
	Totale	54	45,4	100,0
Non indicato	Mancante di sistema	65	54,6	
Totale		119	100,0	

Nel complesso, per i piani in cui è documentata la verifica delle attività svolte, le prestazioni sono state eseguite in media all'89%. Il livello di attuazione è più elevato per le prestazioni domiciliari: sono state eseguite per il 95% di quanto previsto. Nel livello intermedio, l'assistenza ambulatoriale riabilitativa è stata garantita al 94%, le attività di socializzazione all'80%, il sostegno socio educativo scolastico all'81%.

Tab. 15 - Livello medio di attuazione delle prestazioni, per macro livello

	N prestazioni verificate	Livello medio di attuazione
Domiciliare	83	93,67
Intermedio	59	83,47
Residenziale	4	81,25
Servizio sociale	43	88,37
Totale	189	89,02

Tab. 16 - Livello medio di attuazione per alcune delle prestazioni previste

	N prestazioni verificate	Livello medio di attuazione
Assistenza domiciliare socio educativa	62	94,35
Assistenza domiciliare sociale	3	100,00
Interventi di natura economica per persone e famiglie in difficoltà	8	96,88
Altri interventi di sostegno alla domiciliarità	10	85,00
Assistenza ambulatoriale riabilitativa	4	93,75
Assistenza specialistica ambulatoriale	18	76,39
Attività di socializzazione	15	80,00
Sostegno socio educativo scolastico	12	81,25
Servizio sociale professionale	43	88,37
Totale	189	89,02

Si tratta di uno sforzo notevole, che ha richiesto molto impegno agli operatori e ai servizi coinvolti. I risultati di esito, come vedremo, documentano la capacità non solo di fare ma anche di ottenere indici misurati di efficacia che, in molti casi, hanno consentito di ridurre il livello di rischio e di confermare la scelta di non allontanare i figli dai loro genitori.

Il percorso di ricerca rivisitato con tre casi di studio

Nelle sezioni precedenti abbiamo seguito il percorso metodologico che ha reso possibile la raccolta della domanda, la conoscenza dei problemi, la documentazione, la valutazione dei bisogni e delle capacità.

Insieme al percorso tecnico professionale abbiamo guardato anche ai percorsi operativi e organizzativi, identificando chi ha documentato le diverse fasi dell'intervento, quali informazioni ha raccolto, la composizione delle competenze professionali intervenute in ogni fase.

Nella redazione di questa prima fase del rapporto ha prevalso l'impegno analitico, a nostro giudizio necessario per evidenziare quante attenzioni gli operatori abbiamo dedicato ai molti aspetti ritenuti necessari per qualificare l'attività di ricerca e sperimentazione, così da rendere meglio governabili le conoscenze raccolte e le molte variabili da considerare nelle decisioni da prendere.

Facendo questa scelta abbiamo accettato il rischio di una possibile divaricazione dell'attenzione su tanti aspetti a danno di una necessaria visione di sintesi, senza della quale viene a mancare il quadro di insieme entro cui collocare e governare problemi e soluzioni.

Prima di passare alla fase dell'analisi dei risultati, che considererò come lo sforzo di conoscenza e valutazione sia stato trasformato nei progetti personalizzati e negli esiti conseguiti, misurati con indici di efficacia, proponiamo tre casi di bambini e ragazzi ad alto rischio di allontanamento considerati nello studio. Potremo così rileggere il percorso metodologico dentro le loro storie personali e vedere come l'utilizzo dei diversi strumenti si sia distribuito all'interno di questo percorso, avendo una chiara visione di insieme; la storia, i bisogni e i problemi di ognuno di questi ragazzi.

Nella parte finale di ogni caso di studio abbiamo indicato anche i risultati delle verifiche di esito, con gli indici di efficacia S-P conseguiti per ognuno di essi, così che il profilo di bisogno, la storia dell'intervento, gli esiti risultassero articolati in un arco compiuto di intervento.

Ci auguriamo che la visione di insieme, proposta da ognuno di questi casi, possa facilitare la ripresa dell'analisi, che si concentrerà sulle verifiche di efficacia realizzate, sui metodi utilizzati, sulle diverse componenti di scelta, sul ruolo determinante giocato dai fattori osservabili, per poi collegare gli indici di efficacia ottenuti con le risorse utilizzate e i relativi costi.

Alberto (nome inventato) ha 5 anni vive all'interno di una famiglia straniera composta da padre, madre un fratello minore appena nato e una sorella maggiori. Il nucleo è conosciuto e seguito dai servizi sociali da 15 anni.

Il padre si rivolge all'assistente sociale: "mia moglie dopodomani ritorna dall'ospedale con il bimbo appena nato, abbiamo bisogno di aiuto ... non riusciamo a gestire tutti i nostri figli, soprattutto Alberto".

Il nucleo familiare necessita di un supporto assistenziale sia per la gestione domestica sia in termini educativi per l'educazione dei figli.

È già attivo il servizio educativo domiciliare, il trasporto scolastico e il contributo economico per l'affitto della casa.

La famiglia vive in mini appartamento al terzo piano di un condominio fatiscente in un'area urbana, paga l'affitto. Con il solo reddito del marito operaio (1.200 euro al mese) faticano ad affrontare tutte le spese di una famiglia numerosa.

I genitori sono in Italia da più di 20 anni, provengono entrambi da famiglie multiproblematiche con storie di violenze, deprivazioni materiali ed affettive, non hanno particolari capacità educative-genitoriali.

Dati anagrafici e familiari

Domanda espressa

Domanda ridefinita

Servizi già attivi

Condizione abitativa ed economica

Storia personale

Nonostante le difficoltà economiche il clima familiare è sereno, c'è una buona intesa tra i genitori, ma vivono isolati, non hanno relazioni sociali e non sanno come gestire i figli che di fatto sono trascurati. Per questo il Tribunale dei minori li ha affidati al servizio sociale con un progetto di assistenza educativa domiciliare.

Alberto gioca spesso da solo o con la sorella maggiore, usa ancora il ciuccio, tende ad isolarsi, parla poco. Non partecipa a nessuna attività. L'unico contatto sociale avviene alla scuola materna. Ha un rapporto preferenziale con un solo educatore e non con i coetanei.

Attualmente solo l'assistente sociale Z. segue il caso, conoscendo e partecipando attivamente a tutte le fasi della presa in carico (soggetto attuale). Gli educatori Y. e X. sono tra le risorse attuali, svolgono il loro ruolo ma non partecipano alle fasi di progettazione e valutazione.

La madre e il padre non sono per il momento in grado di svolgere compiti adeguati al ruolo genitoriale.

Con l'aiuto dell'educatore e delle insegnanti di scuola materna, l'assistente sociale è riuscita a valutare con riferimento alle aree: funzionale organica, cognitivo comportamentale, socio ambientale e relazionale.

“Si evidenzia un quadro generalizzato di difficoltà di linguaggio, scarse autonomie personali, scarsa socializzazione. A ciò si aggiunge uno stato generale di scarsa igiene personale che accomuna tutti i componenti familiari. Alberto si dimostra però collaborativo, con capacità cognitive nella norma. I genitori, se adeguatamente supportati e indirizzati, riescono a collaborare al progetto”.

Nel piano personalizzato si individuano i seguenti obiettivi:

- migliorare l'igiene personale di Alberto
- sostenere il bambino nello sviluppo del linguaggio
- sostenere Alberto nello sviluppo delle autonomie personali
- aumentare la socializzazione extrascolastica

Per raggiungerli: elabora un piano settimanale per l'igiene condiviso con i genitori, verificato dalle educatrici domiciliari; potenzia l'assistenza educativa a domicilio per sostenere Alberto nel gioco organizzato e nelle quotidiane autonomie (pulizia, merenda, piccole attività pratiche legate alle attività della scuola materna) e accompagna Alberto al parco giochi e al patronato per farlo giocare e socializzare con i coetanei.

Il sistema delle responsabilità

Verifica T₀

Min-org: 8

Min-psi: 16,42

Min-aut: 13,33

Min-cog: 12,33

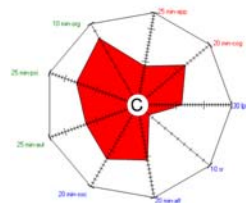
Min-app: 8,67

Min-soc: 12,37

Min-aff: 10,84

Lpsv: 12

Sr: 0,5



Obiettivi

Vengono individuati i fattori osservabili per ciascuna azione. Ad esempio l'azione di "elaborare e attivare un piano personalizzato di igiene personale" ha come fattori osservabili: "il numero di volte alla settimana che Alberto arriva a scuola con i vestiti in ordine e puliti" e "se Alberto si lava le mani prima di mangiare".

L'azione viene svolta dall'educatore con il supporto della madre. La verifica dei fattori osservabili è svolta in parte dalle insegnanti di scuola materna e in parte dall'educatore.

Altri elementi di osservazione sono l'autonomia nell'andare in bagno e "il numero di volte alla settimana che Alberto riordina i suoi giochi dopo aver terminato l'attività assieme all'educatore".

L'area del linguaggio è migliorata grazie al sostegno dell'educatore a domicilio. Un fattore osservabile è il "numero di volte alla settimana che Alberto racconta spontaneamente in italiano cosa ha fatto all'asilo".

Infine per l'area delle relazioni extrascolastiche si guarda se e quando il "Alberto chiede di andare a giocare fuori casa al parco o in parrocchia con i suoi nuovi amici".

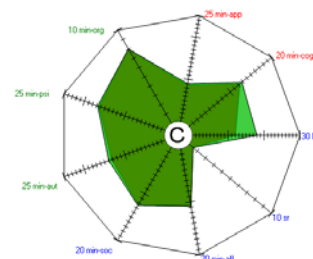
Dopo 3 mesi, l'assistente sociale, l'insegnante di scuola materna e l'educatore X verificano se sono state attuate le azioni previste e se sono stati raggiunti i risultati attesi per ciascun fattore osservabile.

In particolare dal confronto dello schema polare e dai risultati dei fattori osservabili capiscono che si sono ottenuti piccoli miglioramenti nel campo delle autonomie e del linguaggio, è aumentato il livello di protezione nello spazio di vita di Alberto, restano da potenziare la dimensione relazionale e il sistema delle responsabilità. Il confronto tra schemi polari lo evidenzia.

L'equipe decide di confermare il piano per i successivi 3 mesi potenziando le azioni negli ambiti che non hanno ottenuto esiti sufficienti.

Fattori osservabili

Verifica T_0	T_1
Min-org: 8	8
Min-psi: 16,42	16,75
Min-aut: 13,33	14,00
Min-cog: 12,33	12,83
Min-app: 8,67	9,00
Min-soc: 12,37	12,50
Min-aff: 10,84	10,84
Lpsv: 12	18
Sr: 0,5	0,5



Roberta (nome inventato) ha 10 anni. Lei e il fratello minore sono nati da una convivenza terminata subito dopo la nascita dell'ultimogenito. Si sono trasferiti da poco con la madre a casa del nonno materno (Antonio).

Antonio è conosciuto da tempo ai servizi sociali per ripetute richieste di aiuto e trascorsi penali. Chiede: "Con la mia sola pensione non riesco a mantenere mia figlia e i nipoti, potete darmi del denaro? Abbiamo bisogno anche di una casa... ci stanno sfrattando".

La domanda ridefinita è prendere in carico l'intero nucleo familiare per sostegno economico, abitativo e valutazione della situazione dei minori.

Sebbene Antonio abbia già usufruito di contributi economici e di pasti a domicilio, non si conosce la situazione attuale della figlia e delle nipoti. L'assistente sociale con una visita a domicilio approfondisce la condizione del nucleo.

L'abitazione si trova in un contesto suburbano ed è decorosa. Vittorio, l'altro figlio di Antonio, e la moglie si occupano della pulizia interna ed esterna dell'abitazione che però dovranno abbandonare. L'unica fonte di reddito è la pensione di anzianità di Antonio.

Il livello culturale è basso. La madre di Roberta e lo zio Vittorio hanno avuto entrambi trascorsi di dipendenza da sostanze. Vittorio sembra essere guarito, la signora invece ha ricadute continue con abuso di alcool.

Roberta ha un carattere apparentemente socievole e un buon livello di attenzione. Ha un rapporto morboso con la madre e da circa un anno ha sviluppato un disturbo alimentare (eccessiva alimentazione).

Tra la madre e il signor Antonio c'è un rapporto ambivalente che oscilla tra complicità e conflittualità. Il nonno tende a sostituirsi completamente alla figlia nell'accudimento dei nipoti.

Le relazioni sociali sono scarse. L'assistente sociale dopo aver consultato l'educatore effettua una verifica più dettagliata della situazione funzionale organica, cognitiva comportamentale e socio ambientale relazionale. La sintesi dei problemi e delle potenzialità della bambina è la seguente: "Roberta ha una scorretta alimentazione è esposta alla sofferenza della madre (dipendenza da sostanze) ed è isolata, non ha relazioni sociali. Ha buone capacità cognitive e un adeguato sviluppo funzionale organico però l'ansia per la situazione della madre la distrae facilmente a scuola ottenendo così risultati altale-

Dati anagrafici e familiari

Domanda espressa

Domanda ridefinita

Servizi già attivi

Condizione abitativa ed economica

Storia personale

Verifica T₀

Min-org: 8

Min-psi: 20

Min-aut: 14

Min-cog: 16

Min-app: 20

Min-soc: 10,38

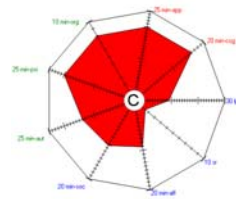
Min-aff: 9,16

Lpsv: 9

Sr: 0,5

nanti”.

il profilo che emerge dallo schema polare è di grave compromissione nell'area socio ambientale e relazionale.



Obiettivi

Nello stendere il piano operativo personalizzato si individuano i seguenti obiettivi:

- regolare l'alimentazione (riduzione del peso)
- migliorare il livello di socializzazione,
- affrontare la dipendenza della madre.

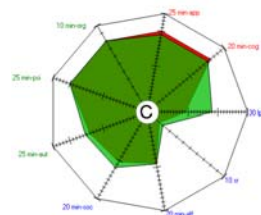
Per raggiungerli saranno attivati: consulenza dietologica con supporto educativo per seguire le regole alimentari, sostegno psicologico, partecipazione a gruppi socio educativi territoriali. Si avvia: consulenza dietetica per ottenere una dieta idonea all'età di Roberta (FO: diminuzione del peso corporeo da 60 Kg a 55 nel corso dei 3 mesi) e assistenza educativa domiciliare; sostegno psicologico per gestire l'ansia (FO: Numero di volte che si distrae a scuola e sbaglia ad eseguire i compiti ottenendo voti negativi) e partecipazione al centro aggregativo pomeridiano per aumentare le relazioni con i coetanei (FO: se e quanto viene invitata a casa di amici per giocare)

Fattori osservabili

Dopo 3 mesi di attuazione del piano, l'assistente sociale, l'insegnante l'educatore e lo psicologo verificano i cambiamenti . degli schemi polari a T₀ (inizio) e a T₁ (dopo 3 mesi) Roberta è migliorata in alcune aree (relazionale, dell'autonomia e nello spazio di vita), la dipendenza dal cibo è diminuita e così pure il peso corporeo. Peggiora nelle competenze cognitive e nell'apprendimento: non riesce a concentrarsi a scuola.

Verifica T ₀	T ₁
Min-org: 8	8
Min-psi: 20	20
Min-aut: 14	15,33
Min-cog: 16	15,25
Min- app: 20	19,00
Min-soc: 10,38	11,83
Min-aff: 9,16	9,28
Lpsv: 9	18
Sr: 0,5	1

Per affrontare meglio questi aspetti si inseriscono nel piano operativo azioni nell'area degli apprendimenti e delle abilità cognitive.



Giovanna (nome inventato) ha 13 anni ed è figlia unica. Vive con il padre e la madre. La famiglia ha contatti con i soli parenti materni (nonni e 2 zii).

Il vicepresidente chiede un colloquio con l'assistente sociale: "Non riusciamo a gestire adeguatamente Giovanna che ha atteggiamenti aggressivi verso se stessa e i compagni, non rispetta alcuna regola di convivenza. È possibile seguirla a casa o farla vedere da uno psicologo?"

Giovanna necessita di una presa in carico integrata tra scuola, servizio sociale e neuropsichiatria infantile. La scuola chiede un aiuto specifico per poter gestire le sue problematiche e inserirla in maniera adeguata nel contesto scolastico.

Il nucleo familiare non è conosciuto ai servizi e non usufruisce di nessun servizio. L'assistente sociale approfondisce con entrambi i genitori la situazione.

La famiglia vive in una casa di proprietà, in una zona rurale con un ampio giardino. Non è ben collegata con i servizi pubblici (scuola, medico, servizio sociale...). Fino a 3 anni fa i genitori lavoravano, ora solo il padre percepisce un reddito di circa 1.500 euro al mese.

La madre a seguito di un'interruzione naturale di gravidanza ha problemi di epilessia e non può più guidare e lavorare. Da allora Giovanna manifesta un comportamento provocatorio ed oppositivo nei confronti della madre con agiti aggressivi verbali e fisici. Il padre ha una vera ossessione per l'ordine e la pulizia, ereditata dal genitore paterno e che a sua volta Giovanna ha ereditato. La signora è ostaggio del marito e della figlia. È una persona fragile, con tendenze depressive.

Oltre all'ordine e alla pulizia Giovanna ha una certa ritualità nel posizionamento degli oggetti nella sua camera e in casa. È interessata al bricolage. Ha difficoltà a relazionarsi con i coetanei e tende all'isolamento. Ha una "fissazione" anche rispetto ad alcune sequenze linguistiche che devono essere rispettate, altrimenti va in escandescenze.

Il clima familiare è molto teso. Il rapporto tra Giovanna e la madre è conflittuale mentre del padre ha un timore reverenziale. La madre si fa picchiare e non è in grado di dare regole. Il padre condiziona la vita della figlia con la trasmissione di paure, rituali e ossessioni. È fin troppo normativo. La situazione sembra molto complessa visto che emergono nella ragazza e nella famiglia squilibri e difficoltà legate ad un funzionamento psichico ancora da diagnosticare.

Dati anagrafici e familiari

Domanda espressa

Domanda ridefinita

Servizi già attivi

Condizione abitativa ed economica

Storia personale

L'assistente sociale Z. diventa un soggetto attuale. La nonna si interessa di tutto il nucleo ed è una figura sempre presente e responsabile.

Con l'aiuto delle insegnanti, e a seguito di alcuni incontri con Giovanna, l'assistente sociale sintetizza in questo modo i problemi e le potenzialità della ragazza: "Giovanna è affetta da disturbo ossessivo-provocatorio, con conseguenze gravi per la sua vita di relazione in qualsiasi contesto, soprattutto a scuola, laddove il suo comportamento pregiudica l'apprendimento nonché l'incolumità fisica sua, dei compagni e degli insegnanti. Le potenzialità sono rappresentate dall'adesione/ collaborazione della famiglia ad un lavoro con i servizi sociosanitari. Giovanna accetta di essere seguita. È consapevole di avere un problema di autocontrollo. Ha molti interessi che possono essere canalizzati".

L'assistente sociale, affiancata dallo psicologo del distretto e dall'insegnante della scuola media individuano i seguenti obiettivi: ridurre l'aggressività a casa e a scuola, trovare un equilibrio psichico di benessere, migliorare le relazioni sociali.

Le azioni sono finalizzate a: canalizzare le fissazioni e le ritualità in un'attività di interesse per la ragazza, avviando una terapia di sostegno psicologico, iscrivendo Giovanna ad un corso di "zumba" (attività sportiva) dove poter entrare in relazione con nuovi amici.

Si avvia: l'assistenza educativa domiciliare. L'educatore agirà per gestire l'aggressività con modalità socialmente accettabili. (FO: numero di eventi aggressivi verso i compagni segnalati in un mese dalla scuola; Numero di litigi ad alta intensità aggressiva tra figlia e madre)

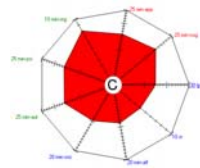
Lo psicologo accompagnerà Giovanna in un percorso di cura del disturbo ossessivo (Fo: diminuzione delle fissazioni linguistiche). L'iscrizione al corso di ginnastica è a carico dei familiari che sono coinvolti nel piano e dovranno dire periodicamente (FO) se Giovanna telefona o si sente con le compagne di corso.

Dopo 3 mesi di attuazione del piano, l'assistente sociale, l'insegnante l'educatore domiciliare e lo psicologo grazie al confronto tra schemi polari e ai risultati evidenziati dai fattori osservabili capiscono che Giovanna ha iniziato a gestire la sua aggressività, ottenendo miglioramenti in ambito scolastico e in ambito socio relazionale (è più accettata dalle compagne di scuola e di corso). Le relazioni all'interno della famiglia sono migliorate grazie alla partecipazione attiva di entrambi i genitori che stanno lavo-

Il sistema delle responsabilità

Verifica T₀

Min-org: 8
 Min-psi: 16,25
 Min-aut: 16,17
 Min-cog: 13,92
 Min-app: 16,00
 Min-soc: 9,67
 Min-aff: 8,88
 Lpsv: 15
 Sr: 4

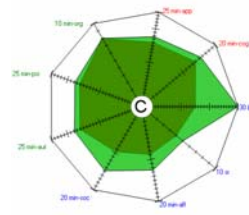


Obiettivi

Fattori osservabili

Verifica T ₀	T ₁
Min-org: 8	8
Min-psi: 16,25	17,67
Min-aut: 16,17	17,83
Min-cog: 13,92	15,50
Min-app: 16,00	17,67
Min-soc: 9,67	14,83
Min-aff: 8,88	12,58
Lpsv: 15	30
Sr: 4	5

- rando su loro stessi per il bene della figlia. Grazie
- all'apporto delle figure professionali che si occupano del
- caso, si nota un sensibile aumento del livello di protezione
- nello spazio di vita, con benefici anche nel sistema di re-
- sponsabilità.
- L'equipe decide di confermare il piano per i prossimi 3
- mesi in modo da consolidare i risultati ottenuti.



VERIFICHE E VALUTAZIONI DI EFFICACIA

Il modello di valutazione

Se e come il lavoro per progetti personalizzati si è rivelato efficace per i minori a rischio di allontanamento? Per rispondere a questa domanda sono disponibili 3 diverse modalità di valutazione utilizzate nel corso della sperimentazione.

La prima è costituita dalla valutazione multidimensionale S-P. Confrontando i punteggi tra T_0 e T_1 , è possibile verificare quanto la situazione sia migliorata nelle aree di osservazione: funzionale organico, cognitivo comportamentale, socioambientale relazionale.

La seconda modalità di valutazione si è basata sull'analisi dei fattori osservabili. Misura il raggiungimento dei valori attesi definiti dagli operatori.

La terza modalità è basata sul confronto tra le due verifiche S-P/F-O. A conclusione del piano personalizzato, l'unità multiprofessionale ha effettuato una valutazione globale basata sul confronto tra schemi polari e sulla verifica del raggiungimento dei valori attesi, formulando poi una valutazione complessiva sugli esiti e sulle scelte operative che li hanno resi possibili.

L'analisi di efficacia con il metodo S-P

La valutazione S-P mette a disposizione un indice di efficacia (E_v) definito come differenza degli "indici di benessere" a partire dai profili di gravità/capacità della persona al tempo T_0 e T_1 (1). L'indice di benessere, a sua volta, è funzione delle n misurazioni effettuate (2), attraverso le scale di valutazione.

$$(1) E_v = B_{T_1} - B_{T_0}$$

$$(2) B_{T_0} = f_{T_0}(v_1, \dots, v_n)$$

L'indice di efficacia è inteso come variazione degli indici nel tempo dell'intervento e misura quanto sia migliorata (o peggiorata) la situazione del minore nell'arco di tempo considerato.

Il confronto basato sullo schema polare è disponibile per 65 minori, pari al 57% del totale.

I punteggi medi migliorano in ogni area di osservazione¹⁰: cioè cognitiva comportamentale, funzionale organica, socioambientale relazionale (tab. 1 e fig. 1). I risultati maggiori, in termini di efficacia, sono ottenuti proprio nell'area socio-

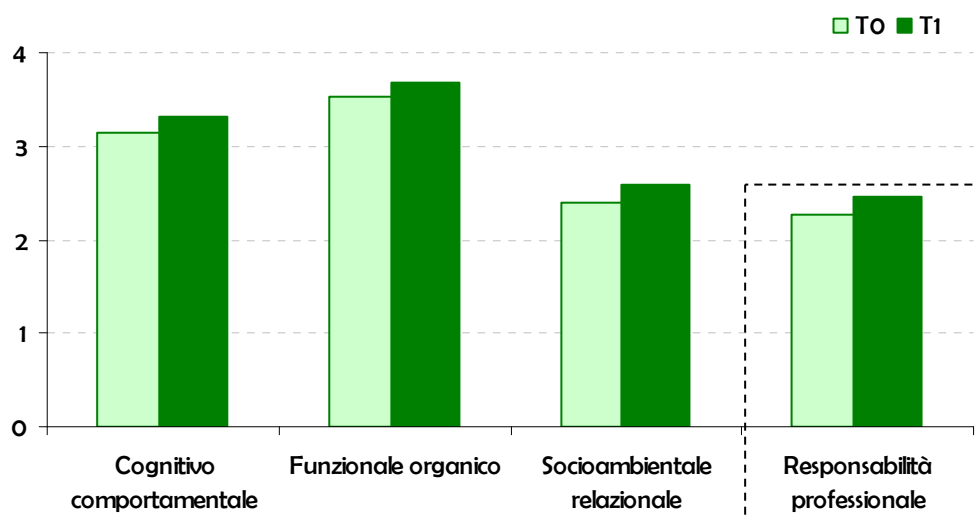
¹⁰ Le differenze tra T_0 e T_1 sono statisticamente significative. Per confrontare le differenze in media dei punteggi si sono utilizzati il test T per campioni appaiati e il test di Wilcoxon a campioni correlati (non parametrico).

ambientale e relazionale, cioè quella più critica, dalla cui analisi è nata la domanda se allontanare o meno i figli dai genitori. Se si considera la forte carenza iniziale dei minori a rischio di allontanamento (basata sul profilo di gravità a T_0) si comprende quale sia la sua importanza. Il 58% dei bambini registra un cambiamento in positivo delle proprie capacità relazionali rispetto al livello iniziale. Il punteggio della scala aumenta in media dell'8,5%.

Tab. 1 – Indici di efficacia T_0 - T_1 basati sulle scale di valutazione (n=65)

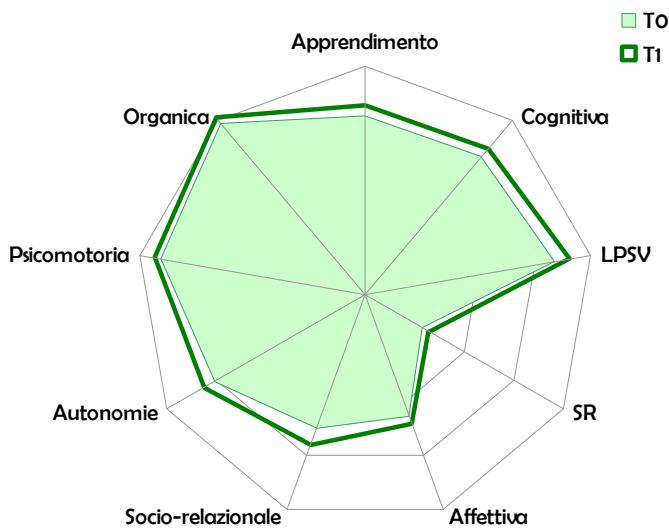
	Punteggi negativi	Nessun cambiam.	Punteggi positivi	Totale
Funzionale organico T_0T_1	28,1	10,9	60,9	100,0
Cognitivo comportamentale T_0T_1	16,4	27,9	55,7	100,0
Socioambientale relazionale T_0T_1	33,8	7,7	58,5	100,0
<i>Sistema delle responsabilità T_0T_1</i>	22,2	33,3	44,4	100,0

Fig. 1 - Profilo di gravità: punteggi medi delle aree a T_0 e a T_1 (n=65)



Il confronto tra misurazione iniziale (T_0) e rivalutazione (T_1) indica un miglioramento globale della condizione dei minori nel tempo considerato. Dal confronto tra schemi polari si osserva come i minori, nel complesso, abbiano ottenuto il massimo beneficio nelle sub-aree socio-relazionale, autonomie, apprendimento e capacità cognitive (fig. 2).

Fig. 2 – Schema polare: punteggi medi delle scale a T₀ e a T₁ (n=65)



La visione d'insieme ci consente di meglio apprezzare gli esiti conseguiti su singole aree problematiche. In particolare, vediamo ora più in dettaglio gli esiti riguardanti l'area funzionale organica.

Area funzionale organica

Nell'area funzionale organica, la massima efficacia si ottiene nelle autonomie: i bambini migliorano sensibilmente la loro alimentazione e l'igiene. I cambiamenti nel tempo sono maggiormente evidenti nei casi con il profilo di gravità iniziale più compromesso (fig. 3). Piccoli miglioramenti si notano anche nella sub-area psicomotoria (orientamento nel tempo, coordinamento viso-motorio, ricerca del contatto) e nella sub-area organica (intenzione al movimento). Sono esiti evidenziati dalle analisi di dettaglio formulate dagli operatori.

Fig. 3 –Organica: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)

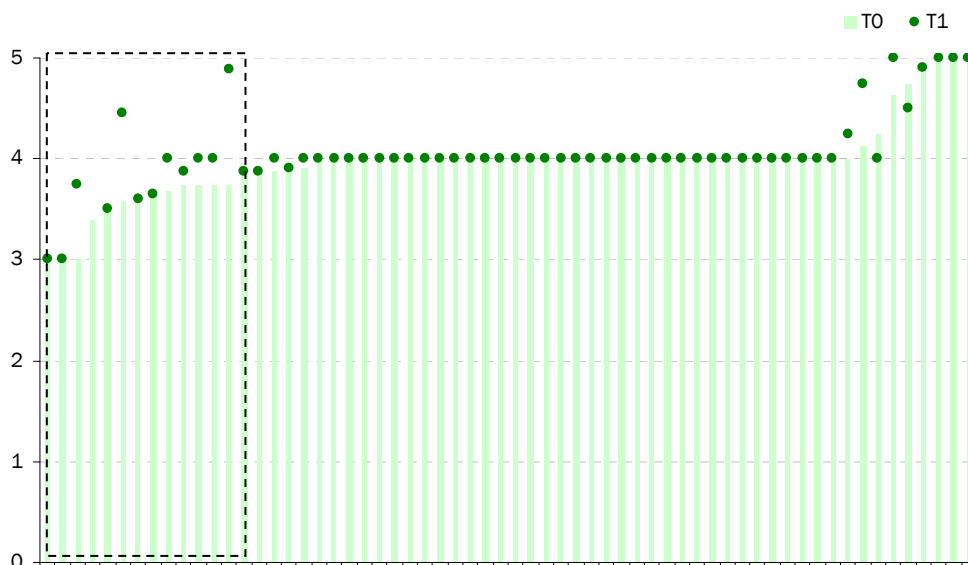


Fig. 4 – Autonomie: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)

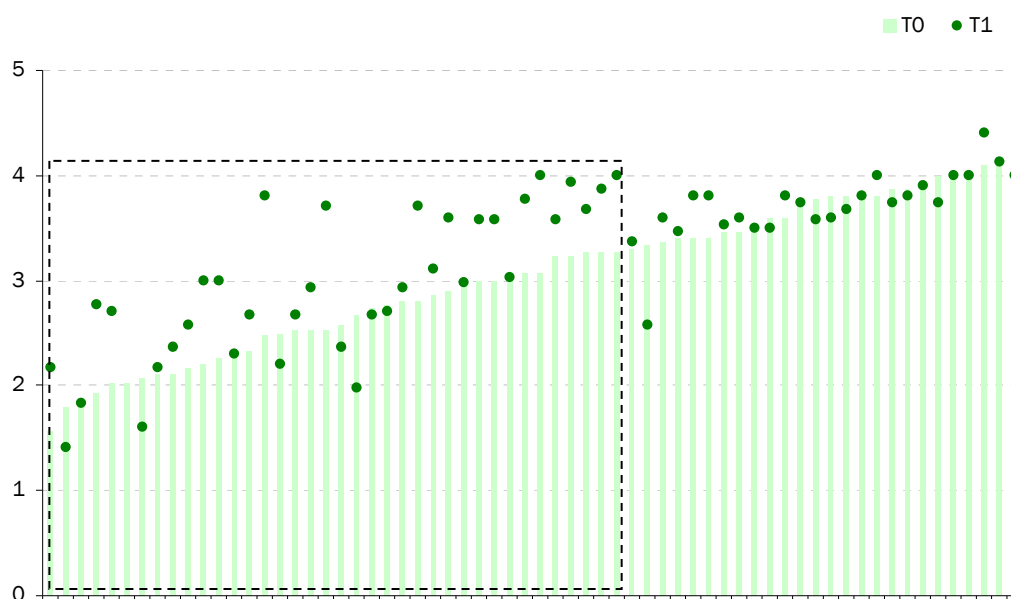
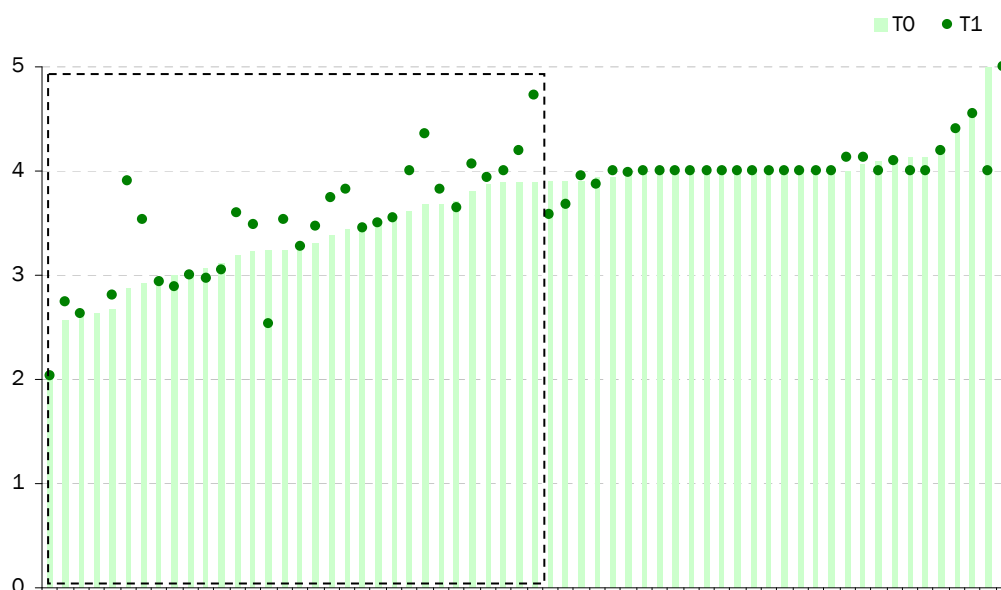


Fig. 5 – Psicomotoria: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)



Nella distribuzione dei miglioramenti si nota come il maggiore beneficio sia stato ottenuto per i ragazzi con maggiori difficoltà, rappresentati nella parte verso sinistra delle figure 3, 4 e 5 e meglio evidenziati dai rettangoli di maggiore esito per i casi ad alta intensità di bisogno¹¹.

¹¹ Per verificare la correlazione tra indice di efficacia e livello di gravità iniziale si è calcolato il coefficiente di correlazione lineare di Pearson. La correlazione è positiva e statisticamente significativa in entrambe le aree di osservazione (cognitiva comunicativa e apprendimento).

Area cognitivo comportamentale

Nell'area cognitivo comportamentale, i punteggi delle scale migliorano in quasi tutte le sub-aree di osservazione: comunicazione, comprensione, memoria e attenzione, abilità pratiche, apprendimento (lettura e espressione grafico-pittorica). Anche in questo caso i miglioramenti più significativi si osservano nei ragazzi con un maggior livello di compromissione, osservabili nella parte sinistra delle figure 6 e 7. Coloro che presentano capacità cognitive nella norma a T₀ (punteggio della scala pari a 4), generalmente le conservano a T₁.

Fig. 6 - Cognitiva comunicativa: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)

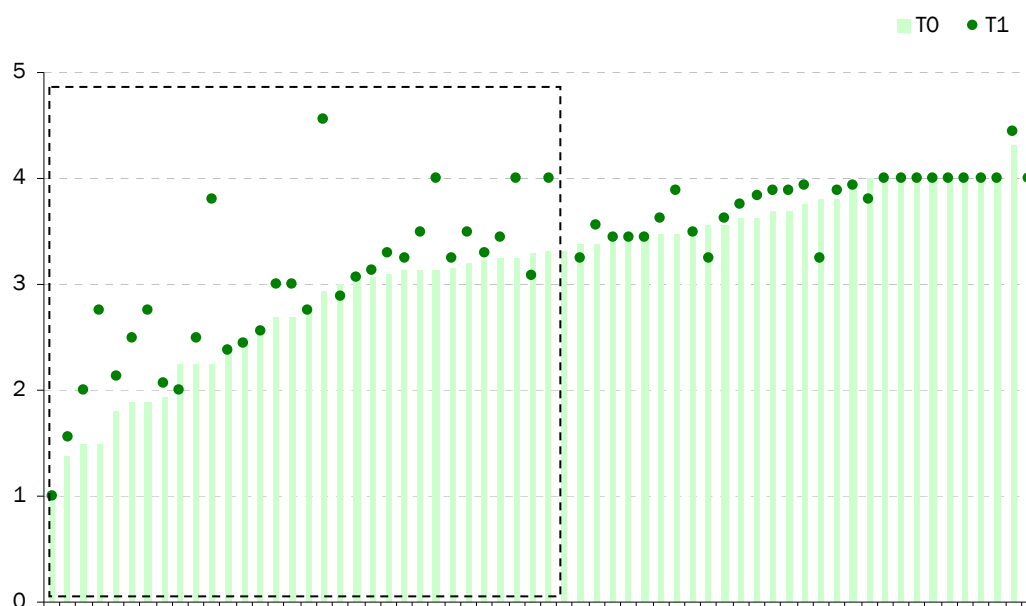
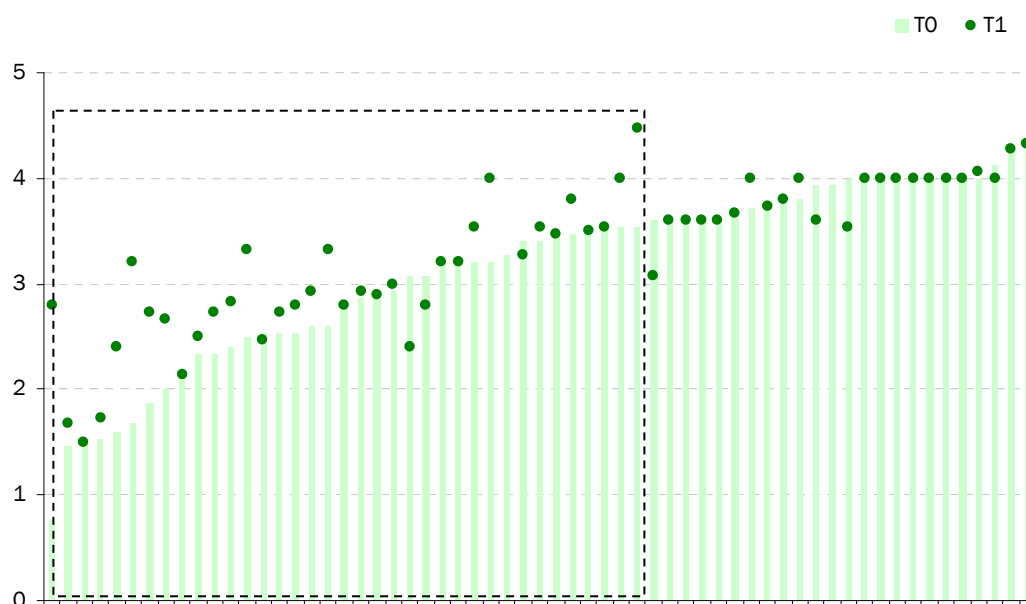


Fig. 7 - Apprendimento: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)



Area socioambientale e relazionale

I minori nel complesso ottengono il massimo beneficio dal progetto nella sub-area socio-relazionale. Misura le capacità relazionali con i compagni di scuola, nel contesto familiare e tra pari. La situazione iniziale era molto compromessa (gli operatori indicavano come inadeguate le capacità relazionali per più della metà dei bambini). I valori della scala tra T₀ e T₁ aumentano in media del 12%. Nel 61% dei casi si osservano cambiamenti positivi (fig. 8). In particolare, migliorano i rapporti con i compagni di scuola (con riferimento al rispetto delle regole della classe e al rispetto delle cose altrui, alla capacità di accettare e di essere accettati, ai contatti con i compagni al di fuori della classe). Migliorano le relazioni in famiglia e nell'ambiente sociale (il riferimento è alla partecipazione a gruppi sportivi/ricreativi e a gruppi spontanei).

Questi esiti sono stati ottenuti principalmente attraverso l'incremento del servizio di educativa domiciliare, la partecipazione ad attività nei gruppi dei pari e ad attività di aggregazione e socializzazione.

Nella sub-area affettivo-relazionale si osservano miglioramenti più contenuti (fig. 9). In particolare migliorano: l'impegno educativo della madre, il rispetto delle regole e l'accettazione da parte dei compagni nell'extrascuola. Anche in questa sub-area gioca un ruolo di rilievo l'intervento educativo a domicilio.

Fig. 8- Socio relazionale: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)

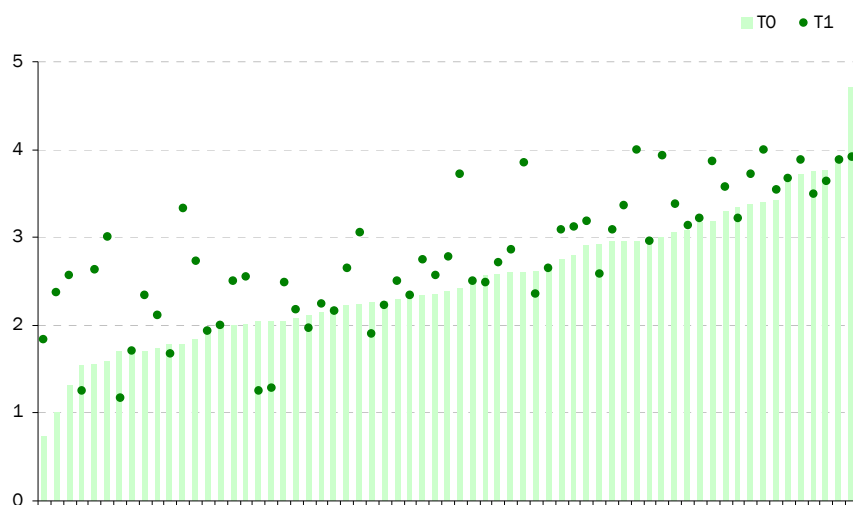
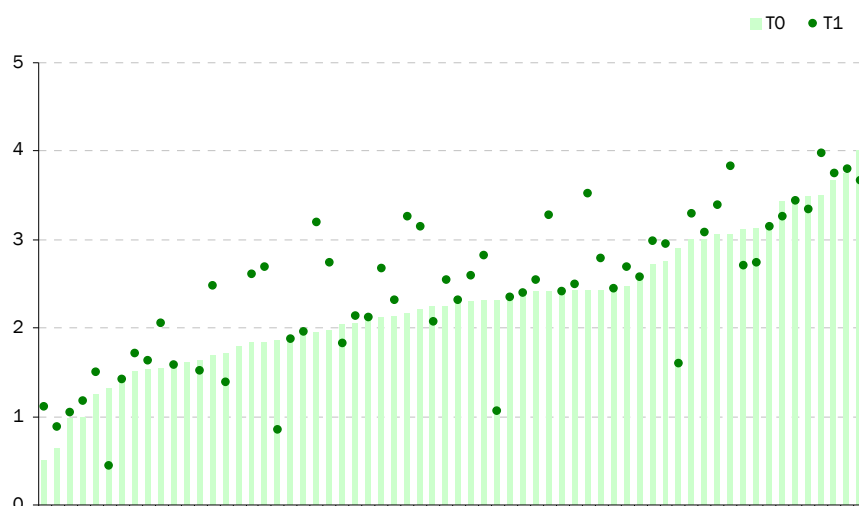


Fig. 9 - Affettivo relazionale: punteggi della scala a T₀ e a T₁ (n=65)

L'efficacia osservata dopo l'attuazione dei piani personalizzati nelle capacità socio relazionali è generalizzata, nel senso che non dipende dal livello di gravità iniziale (diversamente da quanto rilevato per le altre aree). Si osserva un miglioramento sia per i minori con livello di compromissione iniziale molto grave sia per i casi con maggior capacità dal punto di vista relazionale.

Una dimensione dove non si osservano differenze statisticamente significative nel tempo è la scala di responsabilizzazione (SR). Alcuni passi avanti sono stati fatti, ma è un'area dove i miglioramenti richiedono impegno considerevole da parte degli adulti. Abbiamo visto come spesso gli adulti siano assenti (in particolare i padri), con ridotte capacità genitoriali o, in certi casi, coinvolti in dinamiche conflittuali, che comportano ricadute negative nei confronti dei figli.

Il punteggio della scala SR rimane invariato per più della metà dei casi (52%), nel 29% aumenta, mentre nel 19% diminuisce. È comunque positivo quello che avviene per alcuni dei casi più gravi (fig. 10).

Anche per il livello di protezione dello spazio di vita (LPSV) le differenze tra T₀ e T₁ non sono rilevanti (al limite della significatività statistica). Nel 43% dei casi il livello di protezione aumenta, nel 40% rimane pressoché invariato, nel 17% diminuisce. Si nota il grande impegno degli operatori nel rinforzare la protezione con azioni di servizio per i bambini con il livello di responsabilizzazione e protezione più basso (Pompei A. e altri, 2005; Vecchiato T. e altri, 2009).

Il sistema delle
responsabilità

Fig. 10 – Scala di responsabilizzazione (SR): punteggi a T₀ e a T₁ (n=65)

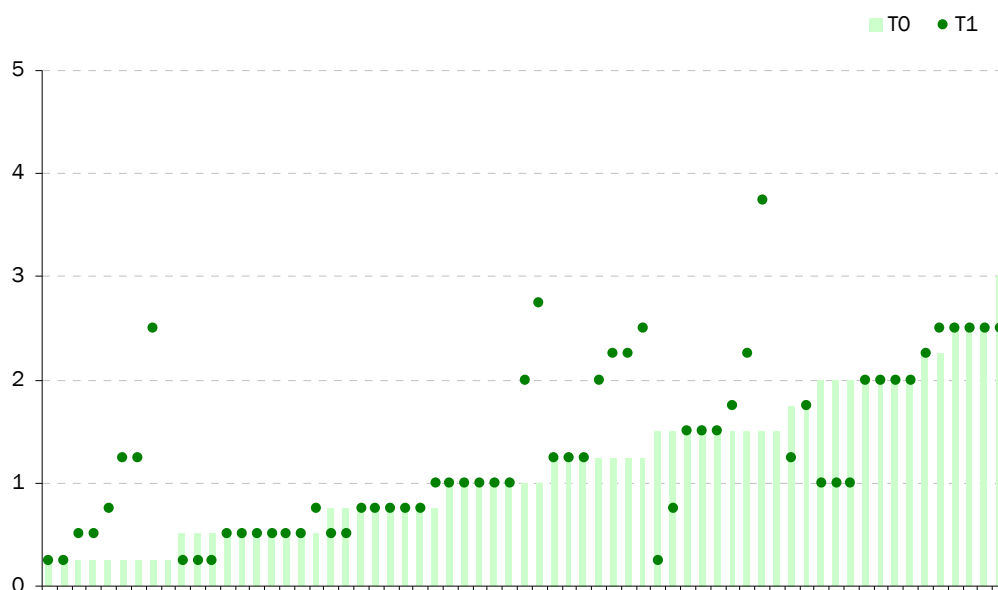
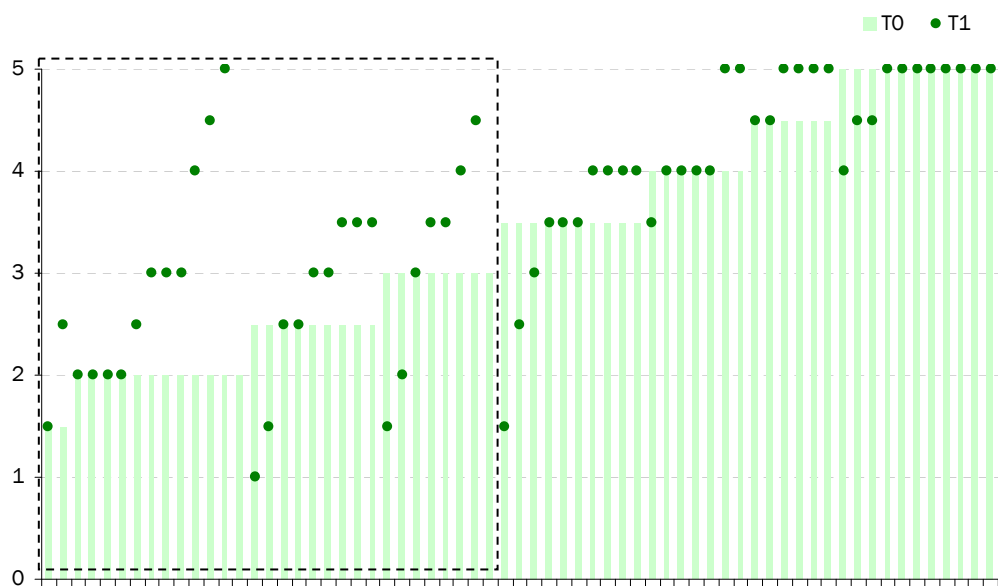


Fig. 11 – Livello di protezione dello spazio di vita (LPSV): punteggi a T₀ e a T₁ (n=65)



Confrontando la mappa delle risorse a T₀ e a T₁ per i 63 bambini che hanno una doppia valutazione, si osserva che il numero totale di soggetti e risorse rimane pressoché costante nel tempo, con quasi 6 persone nello spazio vita di ogni minore. Quel che cambia è la composizione interna della mappa: diminuiscono soggetti e risorse *potenziali*, aumentano soggetti e risorse *attuali* (tab. 2 e fig. 12). È un risultato dell'impegno professionale e delle scelte operate con i piani personalizzati. Questo ha determinato un cambiamento positivo del livello di protezione dello spazio di vita (LPSV).

La scala di responsabilizzazione (SR) si concentra sui soggetti attuali tra T₀ e T₁, evidenziando che a T₁ l'apporto dei professionisti rimane costante (2 in

media per ogni bambino), mentre aumenta lievemente la presenza dei familiari. È un dato importante che merita di essere sottolineato.

Tab. 2 – Numero di soggetti e risorse a T₀ e a T₁ (n=63)

		T ₀	T ₁
Totale	N. soggetti attuali	175	188
	N. risorse attuali	101	111
	N. soggetti potenziali	36	25
	N. risorse potenziali	60	45
	N. totale di soggetti e risorse	372	369
Valor medio per minore	N. soggetti attuali	2,78	2,98
	N. risorse attuali	1,60	1,76
	N. soggetti potenziali	0,57	0,40
	N. risorse potenziali	0,95	0,71
	N. totale di soggetti e risorse	5,90	5,86

Fig. 12 - Numero di soggetti e risorse a T₀ e a T₁ (n=63), valori percentuali

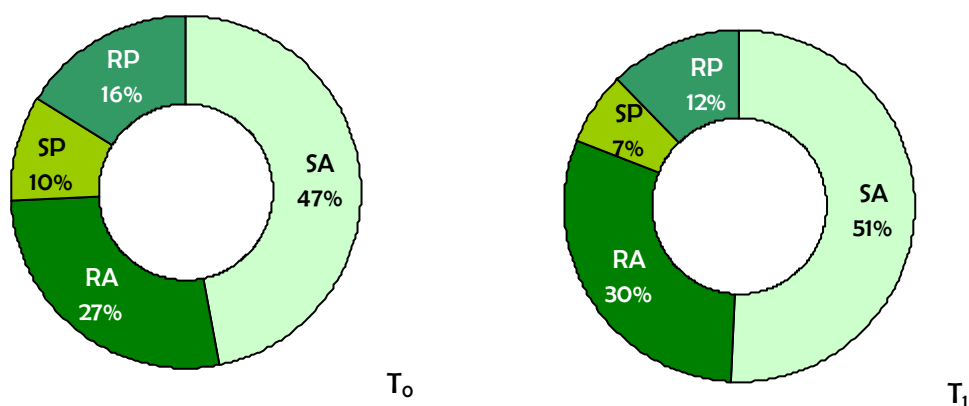
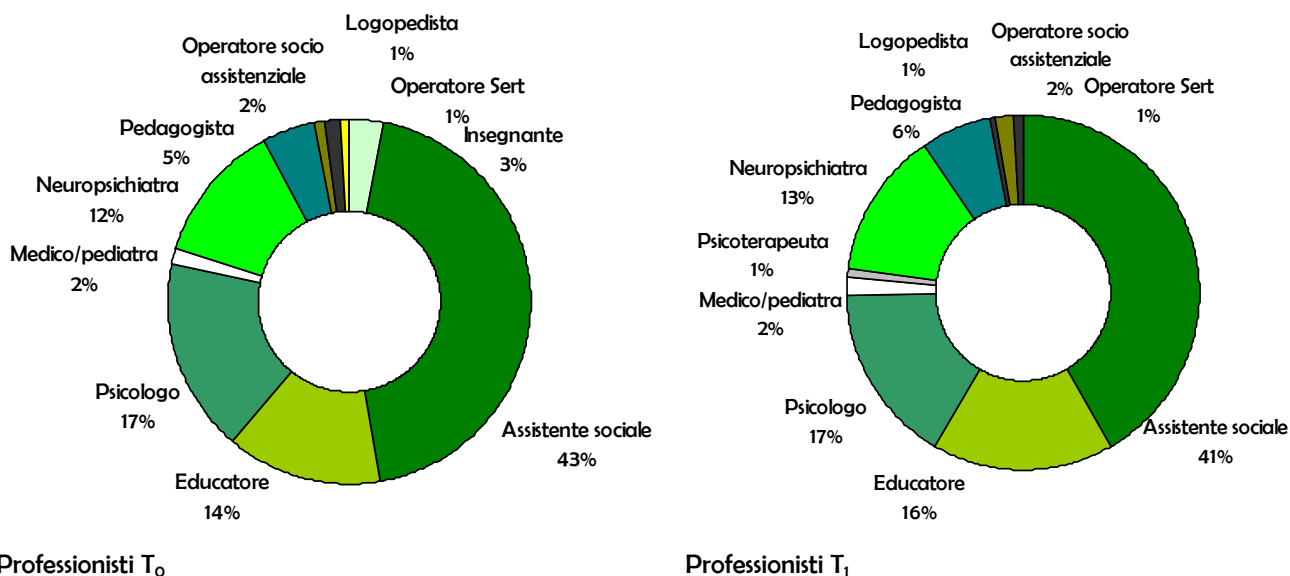


Fig. 13 - Soggetti attuali professionali per area e ruolo a T₀ e T₁, valori percentuali



L'impegno professionale è stato considerevole, come pure lo sforzo di integrazione delle competenze professionali di area sociale e sanitaria. A giudizio degli operatori si sarebbe potuto e dovuto fare di più, ma già questi risultati testimoniano quanto l'integrazione sociosanitaria sia determinante per affrontare efficacemente i bisogni considerati dallo studio Risc (Vecchiato T., 2010).

Esito di più lungo periodo T₀-T₂

Per un sottoinsieme di bambini che hanno beneficiato di due piani personalizzati è possibile valutare l'efficacia del percorso di presa in carico su un periodo di tempo più ampio, tra T₀ e T₂, ovvero tra la prima e la terza valutazione, dopo circa 6 mesi dall'inizio della presa in carico. Sono 33 i bambini per cui è stato documentato questo percorso: analisi della domanda, primo e secondo piano personalizzato e valutazione multidimensionale a T₂ con schema polare e valutazione F-O.

Allungando il periodo di osservazione, si nota come i risultati di efficacia tendano a essere maggiormente caratterizzati. Sono pochi i bambini che vedono immutata la situazione nell'arco dei 6 mesi considerati (tab. 3).

A conferma di quanto già osservato in precedenza, maggiori risultati in termini di efficacia sono stati ottenuti nell'area socioambientale e relazionale. La quota di punteggi positivi in quest'area passa dal 58% (osservato nel confronto T₀-T₁) al 78%, cioè in un periodo di tempo più ampio (T₀-T₂).

Tab. 3 – Indici di efficacia T₀-T₂ (n = 33)

	Punteggi negativi	Nessun cambiam.	Punteggi positivi	Totale
Funzionale organico T ₀ T ₂	30,3	3,0	66,7	100,0
Cognitivo comportamentale T ₀ T ₂	27,3	9,1	60,6	100,0
Socioambientale relazionale T ₀ T ₂	21,9	0,0	78,1	100,0
<i>Sistema delle responsabilità T₀T₂</i>	25,9	29,6	44,4	100,0

Fig. 14 - Profilo di gravità: punteggi medi delle aree a T₀ e a T₂ (n=33)

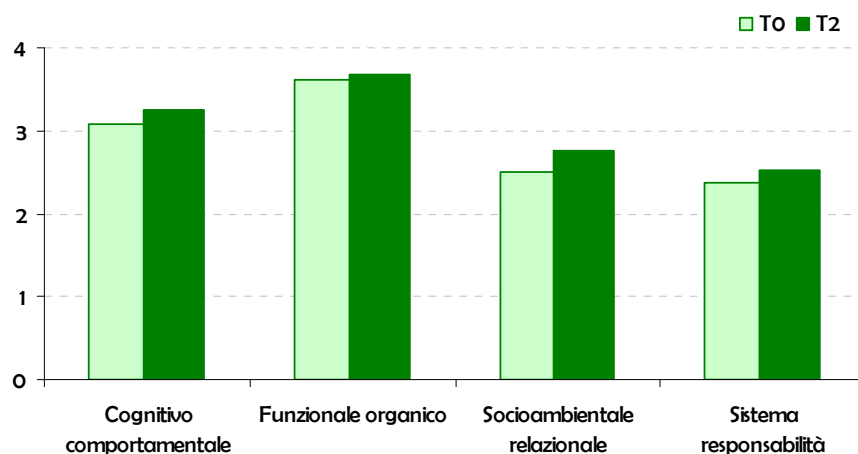
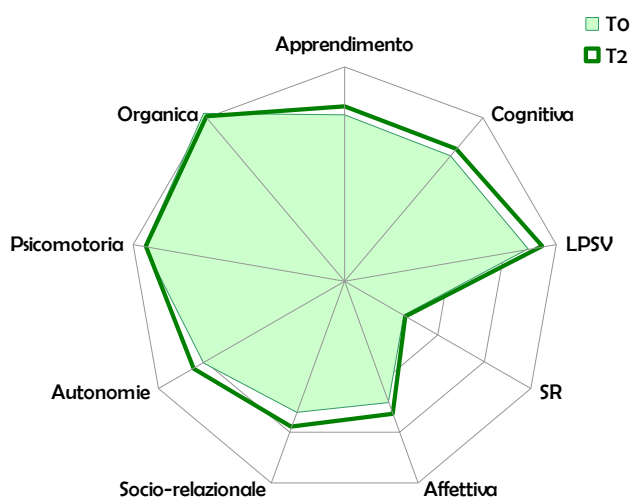


Fig. 15 – Schema polare: punteggi medi delle scale a T₀ e a T₂ (n=33)

I risultati descritti dalle fig. 14 e 15 sono importanti perché marcano un primo traguardo raggiunto, riguardante la conferma degli esiti di breve periodo osservati dopo le verifiche a T₁ (dopo tre mesi di lavoro). Il secondo periodo ha visto consolidare nei tre mesi successivi questi valori di esito, in buona parte delle sub-aree considerate: apprendimento, abilità cognitive, livello di protezione, affetti, dinamiche relazionali, autonomie.

Sono esiti che preparano la possibilità di gestire obiettivi più ambiziosi, finalizzati ad affrontare i problemi riguardanti le responsabilità genitoriali. Richiedono lavoro professionale strutturato con madri e padri poco capaci di esserlo e che potranno avere benefici, anche limitati, ma importanti per continuare l'esperienza di vita nella propria famiglia con i loro figli. Questa possibilità richiede il superamento di non poche criticità organizzative nei servizi. In particolare l'ostacolo principale è la separazione tecnica di competenze tra chi è responsabile di gestire i figli e chi in parallelo è chiamato a gestire i problemi genitoriali.

È una separazione che ha ragioni tattiche e di sviluppo professionale necessario per affrontare questioni e problemi a volte molto diversi. È tuttavia una separazione ingiustificabile se ostacola o nega aiuto congiunto a figli e genitori proprio nel momento di massimo bisogno. L'esito globale può essere compromesso, come pure gli esiti a vantaggio dei figli che abbiamo verificato come possibili, osservabili e misurabili. Per questo la questione del primato etico e tecnico della tutela dell'infanzia va riconsiderata sotto il profilo dell'organizzazione delle competenze e risorse professionali necessarie per garantire esiti efficaci necessari non solo per la riduzione del rischio, ma anche e soprattutto per superarlo.

L'efficacia misurata dai fattori osservabili (metodo F-O)

Il secondo metodo di analisi dell'efficacia (E_o) si basa sulla capacità di misurare con fattori osservabili il raggiungimento dei risultati attesi. È uno strumento di valutazione costruito dagli stessi operatori, calibrato sulla persona e focalizzato sugli esiti attesi del piano personalizzato. Per ogni fattore osservabile si è calcolato l'indice di raggiungimento considerando:

- il valore misurato a T_0 , che descrive la situazione di partenza (M_{T_0}),
- il valore atteso a T_1 , connesso all'obiettivo che si vuole raggiungere (A_{T_1}),
- il valore misurato a T_1 , dopo aver attuato il piano operativo, verificando se l'obiettivo fissato è stato effettivamente raggiunto (M_{T_1}).

L'indice di raggiungimento (I_r) è calcolato sulla base della differenza tra valore misurato a T_0 , quello atteso a T_1 e il valore misurato a T_1 (1).

$$(1) \quad I_r = \frac{M_{T_1} - M_{T_0}}{A_{T_1} - M_{T_0}}$$

Il valore 1 indica il pieno raggiungimento del risultato, il valore 0 indica il non raggiungimento, un valore intermedio (compreso tra 0 e 1) indica che gli obiettivi sono stati raggiunti in una quota percentuale. È possibile che l'indice assuma valori superiori a 1, nel caso in cui il miglioramento superi le attese, oppure valori negativi, nei casi in cui la situazione, invece di migliorare secondo le attese, peggiori.

Per ogni persona sono stati calcolati i diversi indici di raggiungimento. L'indice di efficacia basato sui fattori osservabili (E_o) è una funzione di tutti gli indici di raggiungimento dei fattori osservati per la persona coinvolta nel progetto personalizzato (2).

$$(2) \quad E_o = f(I_1, \dots, I_n)$$

La verifica dei risultati attesi è documentata in modo completo per 53 minori (46% del totale). La successiva analisi considera circa la metà dei minori ed evidenzia lo sforzo degli operatori nell'utilizzare questa metodologia e i margini di miglioramento che si possono ulteriormente conseguire. Ha rappresentato uno stimolo tecnico e metodologico per investire in questa soluzione che concorre a valutare l'efficacia dell'azione professionale.

Alcune azioni presenti nei piani personalizzati sono rivolte anche ai genitori e, in questo caso, i fattori osservabili descritti dagli operatori misurano l'effetto di tali azioni sul miglioramento delle capacità genitoriali. Nella tabella 4 si riportano alcuni esempi. Testimoniano l'impegno professionale finalizzato, quando possibile, ad una presa in carico congiunta di figli e genitori.

Tab. 4 - Esempi di fattori osservabili riferiti ai genitori

Azioni	Fattori osservabili
Colloqui con il padre	Il padre odora di alcool
Colloqui con la coppia genitoriale	Litigi della coppia durante il colloquio
	Il compagno alza la voce nei colloqui
	Capacità di ascoltarsi della coppia
Capacità di cura della mamma	La madre chiede notizie della bambina alle insegnanti
Relazione tra la mamma e figlio	La mamma permette al figlio di fare cose da solo (vestirsi, lavarsi...)
Accompagnamento dell'affidatario	L'affidatario riesce a lasciare il bambino da solo al centro diurno

Azioni	Fattori osservabili
Intervento educativo domiciliare	I genitori condividono una decisione educativa per il figlio
Colloqui con psicologo e educatore professionale con la famiglia	I genitori si assumono la responsabilità di azioni pericolose della figlia

Questi aspetti vengono ogni volta quantificati dagli operatori. In certi casi sono utilizzati anche per condividere traguardi di miglioramento con i genitori stessi o con i ragazzi, quando possibile.

Una criticità emersa durante questa valutazione è l'adozione inconsapevole di indicatori di processo al posto di quelli di esito. In questo modo gli operatori non hanno valutato direttamente l'efficacia in termini di benessere per il minore, bensì azioni strumentali alla buona riuscita del piano. È stato un esempio di non appropriatezza segnalato agli operatori nella misura in cui l'utilizzo di un indicatore di processo rappresenta di fatto un uso improprio o sostitutivo di un indice di esito (proxy).

Nella tabella 5 sono presentati alcuni esempi di fattori osservabili di processo. Per ognuno è specificata l'area di osservazione, l'azione e il fattore osservabile utilizzato per verificare il raggiungimento dell'obiettivo.

Tab. 5 - Esempi di fattori osservabili di processo

Area di osservazione	Azione	Fattore osservabile
Miglioramento rapporti con coetanei	Regolarizzazione frequenza asilo	Giorni di frequenza alla settimana
Area cognitiva e comportamentale	Attivazione servizio di educativa domiciliare	Appuntamenti con l'educatore in cui il bambino è presente
Area socio-relazionale	Frequenza al centro di aggregazione	Quantità settimanale di frequenza
Salute	Osservazione NPI	Regolarità presenza ai colloqui fissati
Capacità di elaborazione delle sofferenze	Sostegno psicologico	Quanto il minore si reca dalla psicologa
Relazione con i coetanei	Attivazione strutture ludiche	Frequenza attività ludiche sportive
Area sociale/gruppo dei pari	Invio ad uno specialista	Incontri con psicologo effettuati

Tenendo conto di queste premesse e di queste criticità entriamo ora nel merito dei risultati dall'analisi F-O.

Dei 248 fattori osservabili di esito considerati, 157 valutano l'efficacia del primo piano operativo. Evidenziano molteplici aree di osservazione (tab. 6). Più di un terzo fa riferimento alle capacità relazionali del minore, andando a verificare se le azioni previste dall'unità multi professionale hanno avuto un esito positivo nelle loro relazioni con i genitori, con i compagni di classe o con il gruppo dei pari.

Valutano anche il grado di responsabilizzazione, in termini di partecipazione/accettazione del progetto, acquisizione delle regole, frequenza scolastica e diminuzione di comportamenti antisociali.

Altri considerano il raggiungimento di alcune autonomie, ad esempio, nell'alimentazione, nell'esecuzione di compiti e progetti, nell'igiene e la cura di sé. Altri, infine, verificano gli apprendimenti e in generale il miglioramento della condizione psicofisica (tono dell'umore, stati di ansia, deprivazione, dipendenza).

Tab. 6 – Contenuti di interesse dei fattori osservabili

	Numero	Percentuale
Autonomia	42	26,8
- Esecuzione di compiti e progetti	23	
- Igiene e cura di sé	11	
- Alimentazione	8	
Responsabilizzazione	43	27,4
- Partecipazione/accettazione	15	
- Acquisizione delle regole	12	
- Frequenza scolastica	5	
- Comportamenti antisociali	11	
Apprendimento	5	3,2
Relazioni	63	40,1
- Familiari	27	
- Sociali	36	
Benessere psicofisico	4	2,5
Totale	157	100

Nel 79% dei casi gli obiettivi fissati sono stati raggiunti, completamente o in parte. In alcuni casi il miglioramento è stato superiore alle attese (5%). In un caso su 5 non si è verificato il cambiamento atteso oppure la situazione nel 3,8% dei casi è peggiorata (tab. 7).

Tab. 7 – Verifica raggiungimento dei valori attesi

	Numero	Percentuale
Peggioramento	6	3,8
Nessun cambiamento	27	17,2
Obiettivi raggiunti in parte	74	47,1
Obiettivi raggiunti	42	26,8
Miglioramento superiore alle attese	8	5,1
Totale	157	100,0

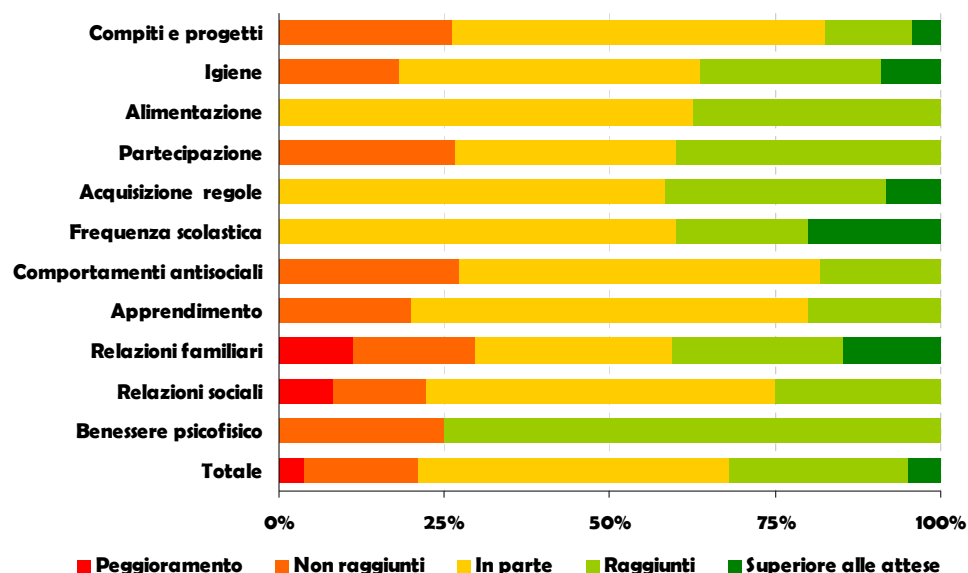
L'indice complessivo di efficacia evidenzia quanto gli sforzi degli operatori, insieme con i ragazzi, i genitori e altri interessati, abbiano concorso al raggiungimento degli esiti attesi.

I risultati maggiori sono stati raggiunti ad esempio con la frequenza scolastica: 60% in parte, 40% completamente. L'esito è positivo, anche per l'acquisizione delle regole e l'alimentazione (fig. 16).

Gli ambiti di intervento ad esito parziale sono stati nella crescita di responsabilizzazione sul versante delle autonomie: autonomia nell'esecuzione di compiti e progetti, autonomia nell'igiene personale e nella cura di sé, partecipazione/accettazione al progetto di aiuto.

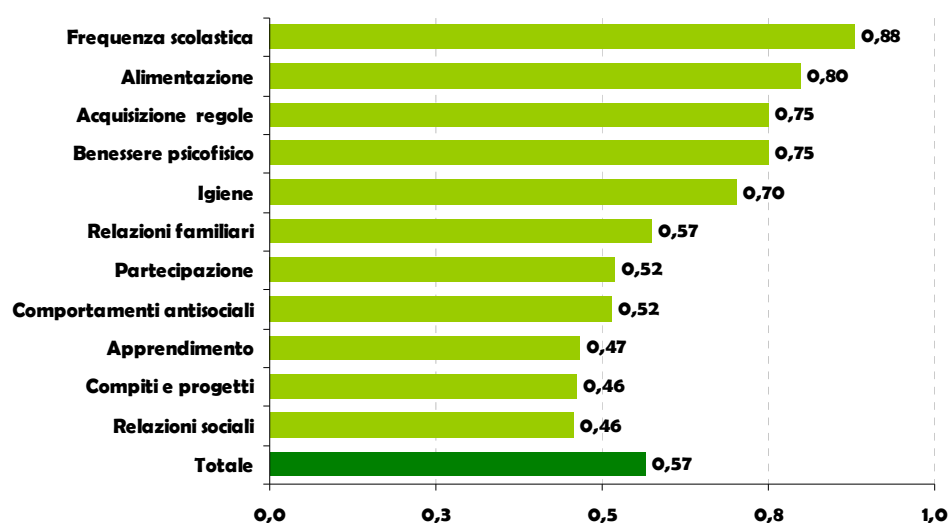
La diversa composizione degli esiti osservati con riferimento ad 11 aree di osservazione (compiti e progetti, alimentazione, partecipazione, acquisizione regole, frequenza scolastica, comportamenti antisociali, apprendimento, relazioni familiari, benessere psicofisico) sono descritti nella fig. 16. I benefici maggiori sono osservati, come appena detto, nelle righe alimentazione, regole e frequenza scolastica, in certi casi con esiti superiori alle attese. Il saldo è complessivamente positivo se si pensa che riguarda il 69% degli indici utilizzati.

Fig. 16 – Raggiungimento dei valori attesi, per area di osservazione



Ulteriori informazioni preziose ci vengono offerte dalla fig. 17. Riporta l'indice di efficacia per ogni area di osservazione considerata. L'indice più elevato, come evidenziato prima, è relativo alla frequenza scolastica (0,88). Il più basso si riferisce alle relazioni sociali cioè con i compagni, gli amici, il gruppo dei pari.

Fig. 17 – Indice di raggiungimento dei valori attesi, per area di osservazione



Nella tabella 8 sono riportati esempi di fattori osservabili: autonomia, responsabilizzazione, apprendimento, relazioni e benessere psicofisico del minore.

Tab. 8 – Esempi di fattori osservabili e di indici di raggiungimento, per area di osservazione

Area	Fattore osservabile	Indice di raggiungimento
Autonomia: compiti e progetti	Completa i compiti in autonomia	0,75
Autonomia: compiti e progetti	Per quanto tempo riesce a stare concentrato nell'attività proposta dall'educatore	1,5
Autonomia: Igiene e cura di sé	Si presenta a scuola in condizioni igieniche accettabili	0,67
Autonomia: Igiene e cura di sé	Cura con l'operatore la pulizia della propria stanza	1
Autonomia: Alimentazione	La minore si presenta a scuola con la merenda	0,75
Autonomia: Alimentazione	Cene regolari alla settimana	1
Acquisizione delle regole	Riesce a concentrarsi e realizzare attività a domicilio	0,33
Acquisizione delle regole	A scuola, quante volte si alza senza permesso	0,5
Acquisizione delle regole	Il bambino rifiuta di seguire le regole del gioco con i pari	1
Acquisizione delle regole	Manifesta con forte disapprovazione i "no" ricevuti	1
Frequenza scolastica	Quante volte va a scuola nell'arco della settimana	1
Partecipazione	Parla dei suoi vissuti con educatrice nell'arco del mese	0
Partecipazione	Accetta di uscire con l'educatore per conoscere le risorse del quartiere	1
Comportamenti antisociali	Attira l'attenzione con storie inventate	0,6
Comportamenti	Comportamenti turbolenti nel gruppo classe	0,83

Area	Fattore osservabile	Indice di raggiungimento
antisociali		
Comportamenti antisociali	Episodi di scontro con i ragazzi che frequentano il centro diurno	1
Apprendimento	Legge da solo e produce semplici testi con l'educatore	0,33
Apprendimento	Numero di materie sufficienti	0,67
Relazioni familiari	Manifesta rabbia e aggressività nei confronti della madre	-0,5
Relazioni familiari	Scontri fisici con la sorella	0,75
Relazioni familiari	Appare tranquillo durante i contatti con il padre	2
Relazioni sociali	Gioca con gli amici in un mese	0,25
Relazioni sociali	Litiga di meno con gli altri bambini	0,5
Relazioni sociali	La bambina incontra gli amici fuori dall'orario scolastico	0,5
Benessere psicofisico	Si sveglia di notte	1

Dall'analisi dei fattori osservabili, è stata ricavata una tavola di efficacia (tab. 9). Evidenzia in modo sintetico le considerazioni precedenti. In particolare per 2/3 dei ragazzi i benefici sono stati osservati e misurati, riconoscendo l'area dove è avvenuto il beneficio. Quest'ultimo aspetto è molto importante, perché ha costituito una guida per l'azione e le decisioni da assumere nel successivo piano personalizzato, per consolidare gli esiti.

Tab. 9 – Indici di efficacia

	Numero	Percentuale
Obiettivi non raggiunti	6	11,3
1-25%	6	11,3
26-50%	13	24,5
51-75%	8	15,1
76-100%	17	32,1
Maggiore delle attese	3	5,7
Totale	53	100,0

Nell'analisi della condizione di malessere/benessere, si è visto come l'indice di efficacia inteso come variazione di benessere (E_V) fosse correlato positivamente con il profilo di gravità iniziale. In altre parole, quanto più era grave la condizione del minore a T_0 in una determinata area (cognitiva comunicativa, apprendimento, autonomie, ecc.), tanto più si è osservato un miglioramento tra T_0 e T_1 nella medesima area di osservazione.

I fattori osservabili hanno misurato il raggiungimento dei risultati attesi, a seguito di azioni molto specifiche, diverse per ogni bambino e focalizzate sul suo bisogno. Come era da aspettarsi, sono risultati indipendenti dal livello iniziale di gravità del minore. È un risultato spiegabile con il fatto che i fattori osservabili sono calibrati sulle reali capacità di miglioramento e dipendono dalle

scelte professionali finalizzate a potenziare singole aree di bisogno, dove più si concentrano le criticità e/o dove si possono ottenere esiti già nel breve periodo (ad esempio con la ripresa della frequenza scolastica).

Si evidenzia in questo modo il fattore di “trasformazione professionale”, grazie allo sforzo congiunto di risorse e capacità, che per loro natura sono “indipendenti” dalla condizione osservata. Proprio per questo possono fare la differenza in termini di aiuto, sostegno, riduzione del rischio, misurati con gli indici di efficacia osservati.

Gli operatori che hanno programmato le attività e definito i fattori osservabili hanno valutato gli esiti, descrivendo i risultati ottenuti e le condizioni che li hanno resi possibili. È soprattutto l'assistente sociale che ha svolto questo compito, a volte condividendolo con altri professionisti: educatore, sociologo, psicologo, pediatra, neuropsichiatra e insegnante.

Riportiamo alcuni esempi di valutazioni sintetiche redatte con le metodologie S-P e F-O.

“La situazione sociale della minore è migliorata. In particolare non attua più alcun tipo di comportamento autolesionista per attirare l'attenzione della madre, è più socievole con gli altri e autonoma nel creare relazioni con i propri pari”.

“La bambina non agisce più comportamenti e atteggiamenti antisociali e devianti e sembra più controllata nelle azioni della quotidianità. L'inserimento scolastico è stato positivo ed è più accettata dal gruppo classe e docente. La relazione con la madre è migliorata e raramente avvengono reazioni aggressive della bambina ai danni della madre”.

“La minore ha frequentato con esito positivo i soggiorni estivi. È stata effettuata la presa in carico da parte dell'UO di psicologia, accettata favorevolmente anche dalla madre. Si è evidenziato un miglioramento nel rapporto madre-figlia con diminuzione degli episodi di aggressività e rabbia della minore nei confronti della madre, anche se le crisi di rabbia non sono completamente scomparse. A settembre ha ripreso la frequenza della scuola sul territorio di residenza”.

“La situazione del minore è rimasta invariata sul piano clinico-funzionale e organico, lievi miglioramenti sono stati osservati nel livello di protezione grazie alla presa in carico e all'osservazione da parte della Npi, miglioramenti anche nell'area della socializzazione dove risulta maggior accettazione e integrazione con i coetanei e maggior rispetto delle regole del contesto”.

“La famiglia della minore si mantiene nella posizione di resistenza alla frequenza del centro di aggregazione”.

“I genitori ad oggi non hanno rispettato appieno il progetto condiviso inizialmente relativo al sostegno genitoriale”.

“Il minore e la madre non rispettavano gli accordi e gli orari delle attività che erano stati condivisi”.

“La situazione della minore non ha subito significativi cambiamenti in senso positivo, a causa della scarsa collaborazione da parte della famiglia e dinamiche personali della minore e familiari ormai radicate e difficilmente modificabili”.

Nel 60% dei casi gli operatori hanno giudicato il piano personalizzato appropriato e lo hanno riconfermato, intensificando le azioni o coinvolgendo nuove figure professionali.

Per un bambino su 3 gli operatori hanno ritenuto invece necessario rivalutare la situazione e formulare un nuovo progetto. Per 27 minori è stato verificato e valutato anche il secondo piano operativo (T_1-T_2). Il raggiungimento degli obiettivi fissati è stato osservato (in modo totale o parziale) nella maggior parte dei casi (70%). Si è cioè ottenuta una ulteriore misura di esito grazie alla positività delle scelte, malgrado la gravità delle situazioni. Ciò ha comportato la conferma delle strategie di aiuto per il 74% dei casi e la loro modifica nel 19%. Ci sono state anche alcune chiusure dell'intervento per il 7% dei casi.

Quanto abbiamo appena descritto non è stato un lavoro facile, visto che i contenuti di osservazione non erano precostituiti ma nascevano dalla conoscenza delle situazioni, dei figli e dei genitori. Hanno richiesto un notevole sforzo per scegliere i fattori che meglio rappresentavano l'area di osservazione e, al suo interno, ciò che descriveva in modo semplice e diretto i cambiamenti possibili. L'attenzione era soprattutto orientata sui piccoli passi, i traguardi praticabili, nella logica del "sensitive outcomes" (Berry M. e altri, 2006; Lightburn A., Warren-Adamson C., 2007) o dei "movement outcomes" (Ezell M., Spath R., 2012). A questo fine gli operatori hanno utilizzato la tecnica dell'effetto "zoom", aumentando il campo visivo e i suoi oggetti per meglio riconoscerli e monitorarli nel tempo. La composizione degli indici di esito S-P ed F-O è stata molto utile per gli operatori quando hanno valutato il rapporto tra azioni ed esiti e riprogettato il piano. È inoltre utile e necessaria per meglio comprendere il rapporto tra costo ed efficacia.

Analisi del rapporto costo/efficacia

Per formulare questa analisi abbiamo selezionato alcuni casi ad alta complessità di bisogno, tenendo conto dei profili di gravità/capacità emersi dall'analisi della domanda e dall'analisi del problema in diverse fasce di età.

Ci si poteva aspettare che una più elevata complessità e gravità delle situazioni avrebbe richiesto un maggiore assorbimento di risorse, per dare risposte appropriate ai bisogni, riducendo il rischio di allontanamento.

Questa aspettativa, nel lavoro per progetti personalizzati, non è tuttavia una conseguenza automatica e necessaria. Non sempre infatti alla gravità del bisogno corrisponde un elevato indice di costo delle risposte, visto che dipendono dalla loro disponibilità e dai fattori professionali e non professionali selezionati per l'intervento. Ad esempio l'accoglienza diurna garantita da una famiglia per sostegno scolastico o l'accesso ad un centro diurno che svolga funzioni analoghe hanno costi diversi, a parità di risultato di efficacia. Nel primo caso potranno essere bassi o tendenti a zero, nel secondo potranno essere bassi (i soli costi di esercizio della sede se gestita da volontari) o alti se nel centro opera personale remunerato.

Per capire come abbiano agito queste diverse componenti siamo entrati nel merito di alcuni progetti personalizzati e delle scelte di intervento formulate dagli operatori. L'analisi ha messo a disposizione situazioni in cui obiettivi e ri-

sultati attesi erano associati ad azioni e costi, a fattori professionali e non professionali, con quantità e tempi di fruizione delle risorse documentati.

È stato così possibile quantificare il costo della presa in carico (fase 3) insieme ai costi delle fasi 1 e 2 (accesso e analisi della domanda) e della fase 4 (valutazione di risultato e di esito), secondo quanto indicato nella documentazione informatizzata.

I risultati sono descritti con 6 casi di studio rispetto ai quali, gli operatori hanno seguito le raccomandazioni del protocollo metodologico, dedicando il tempo necessario al processo valutativo e decisionale, alla costruzione appropriata del piano personalizzato, al collegamento tra obiettivi e risultati attesi, prestazioni e responsabilità attuative.

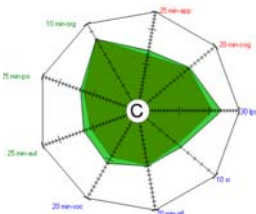
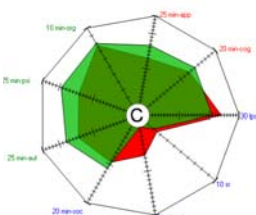
I casi considerano la configurazione del profilo di gravità e sono posizionati a tre diversi livelli (massima gravità, media e bassa gravità). Sono inoltre distinti per età, in modo tale da tener conto delle risposte coerenti con la fase di sviluppo del bambino/ragazzo. Nelle schede successive per ogni caso oltre al genere (M/F) e all'età, sono indicati:

- il profilo di bisogno/capacità, ripartito per le aree di osservazione (funzionale organica, cognitivo comportamentale, socio ambientale e relazionale),
- l'indice di gravità della componente responsabilità e protezione visto che, come già indicato, questa è stata per tutti i casi l'area più critica e di grande sofferenza;
- il profilo di gravità totale a T_0 e T_1 ;
- le prestazioni erogate nell'arco di tre mesi;
- l'indice di efficacia S-P e l'indice F-O, misurato con i fattori osservabili;
- il costo delle prestazioni erogate durante i tre mesi considerati, al netto dei costi generali delle organizzazioni di appartenenza degli operatori.

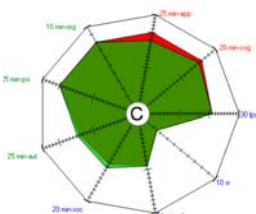
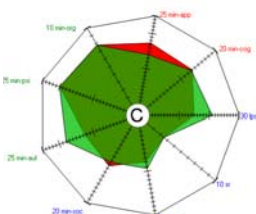
Esempi 1 e 2 - Massima gravità a T_0 (inferiore 2,6)

T_0	T_1	Valutazione S-P a T_0-T_1	Valutazione F-O a T_0-T_1	Servizi erogati	Costo 3 mesi
M, 6 anni					
FO=2,9 CC=2,5 SR=2,3 (1,1) G=2,3	FO=2,6 CC=3,3 SR=2,3 (2,4) G=2,6		f.o. 1 = 100% f.o. 2 = 100% f.o. 3 = 150%	Affido part-time Assistenza domiciliare socio-educativa	€ 904,80
M, 8 anni					
FO=3,1 CC=1,7 SR=2,2 (1,5) G=2,2	FO=3,4 CC=1,9 SR=2,1 (2,5) G=2,3		f.o. 1 = 67% f.o. 2 = 77% f.o. 3 = 67% f.o. 4 = 75%	Assistenza domiciliare socio-educativa Assistenza domiciliare socio-educativa	€ 408,00

Esempi 3 e 4 - Media gravità a T₀ (tra 2,7 e 2,9)

T ₀	T ₁	Valutazione S-P a T ₀ -T ₁	Valutazione F-O a T ₀ -T ₁	Servizi erogati	Costo 3 mesi
F, 5 anni					
FO=2,9 CC=2,8 SR=2,4 (2,9) G=2,8	FO=3,1 CC=3,0 SR=2,6 (3,2) G=3,0		f.o. 1 = 25% f.o. 2 = 60% f.o. 3 = 100% f.o. 4 = 0%	Assistenza domiciliare socio-educativa Altri interventi di sostegno domiciliarietà	€ 912,00
M, 11 anni					
FO=3,2 CC=2,9 SR=2,0 (2,4) G=2,7	FO=3,8 CC=3,4 SR=2,8 (2,0) G=3,1		f.o. 1 = 100% f.o. 2 = 50% f.o. 3 = 33% f.o. 4 = 0% f.o. 5 = 50% f.o. 6 = 0% f.o. 7 = 100% f.o. 8 = 0%	Struttura semiresidenziale sociale per minori Assistenza domiciliare socio-educativa Affido familiare part-time (volontariato)	€ 1.834,00

Esempi 5 e 6 - Bassa gravità a T₀ (superiore o uguale a 2,9)

T ₀	T ₁	Valutazione S-P a T ₀ -T ₁	Valutazione F-O a T ₀ -T ₁	Servizi erogati	Costo 3 mesi
F, 7 anni					
FO=3,6 CC=4,0 SR=2,4 (2,1) G=3,1	FO=3,6 CC=3,7 SR=2,6 (2,1) G=3,1		f.o. 1 = 20% f.o. 2 = 0% f.o. 3 = 75% f.o. 4 = 75% f.o. 5 = 50% f.o. 6 = 33%	Assistenza specialistica ambulatoriale Interventi di natura economica Assistenza sociale socio-educativa Attività di socializzazione	€ 674,00
F, 12 anni					
FO=3,8 CC=3,2 SR=2,5 (1,9) G=2,9	FO=3,8 CC=3,0 SR=2,4 (2,4) G=3,0		f.o. 1 = 50% f.o. 2 = 0% f.o. 3 = 0% f.o. 4 = 0%	Assistenza sociale socio-educativa Assistenza specialistica ambulatoriale Attività di socializzazione	€ 153,00

Come abbiamo detto in premessa, i costi sono diversi e dipendono dalla composizione dei fattori produttivi utilizzati. Non dipendono dal livello di gravità ma dal tipo e quantità di prestazioni erogate. Ad esempio, nel caso M (6 anni) il profilo di gravità a T₀ è molto accentuato (2,3). A T₁ la componente responsabilità e protezione vale 1,1 mentre a T₁ è 2,4, grazie ad un consistente incre-

mento del livello di protezione dello spazio di vita. L'esito positivo è confermato dalle variazioni dei fattori osservabili (due volte 100% e una volta 150%). Il costo totale a 3 mesi è stato di 904,80 euro. Nel caso di allontanamento con gravità ed esiti equivalenti (supposto che questo possa avvenire) il costo sarebbe stato superiore di almeno 10 volte (stimando un costo giornaliero di 120 euro al giorno per una comunità educativa). Sarebbe stato superiore di almeno 35 volte se si fosse trattato di una comunità di tipo terapeutico-riabilitativo (con un costo giornata intorno ai 350 euro).

Non così per M (11 anni): il suo profilo di gravità a T_0 è di media gravità, in particolare a T_0 è 2,7 mentre a T_1 è 3,1 (con consistenti miglioramenti nei diversi domini). Il costo totale a 3 mesi è stato di 1.834 euro.

Se infine guardiamo F di 7 anni che presenta un profilo di gravità a T_0 più basso rispetto a quelli precedenti (3,1 sia a T_0 che a T_1), abbiamo un costo complessivo a 3 mesi di 674 euro.

Sono almeno due i principali determinanti di costo/efficacia: la capacità professionale di trasformare le prestazioni in esiti e la combinazione di fattori professionali e non professionali utilizzati, in quanto presenti nello spazio di vita del bambino, riconoscibili utilizzando le scale SR ed LPSV. Entrambe le scale offrono una visione organica dei soggetti attuali e potenziali, come pure delle risorse attuali e potenziali. Questa conoscenza dello spazio di vita e delle sue potenzialità ha, in un certo senso, rappresentato il "menù" a disposizione dell'operatore per far fruttare al meglio le capacità presenti nella vita del bambino/ragazzo. A queste risorse (umane e professionali) sono poi state aggiunte altre prestazioni di servizio.

Questa trasformazione richiede competenza ed esperienza professionale per fare la differenza, attingendo alle disponibilità proprie dei livelli di assistenza e alla dotazione di capacità dei figli e genitori considerati.

Non abbiamo considerato i costi degli interventi dei genitori che vanno ricondotti al piano personalizzato su di essi. Il loro costo sarebbe comunque presente anche nel caso di allontanamento.

Un messaggio diverso ci viene offerto dall'ultimo esempio (F, 12 anni con indice di gravità $G=2,9$, cioè bassa gravità nella graduazione Risc). I costi sono molto bassi (153,00 euro) come pure gli esiti misurati con S-P da $G 2,9$ a $G 3,0$. I fattori osservabili non evidenziano cambiamenti di rilievo (3 indici F-O pari a 0 e solo uno parziale al 50%). È stato portato come esempio di mantenimento e di aiuto limitato soprattutto al rinforzo del livello di protezione nello spazio di vita (indice LPSV migliorato).

In sintesi, siamo riusciti a rilevare i costi del piano operativo, mettendo in rapporto gravità, efficacia e costi. È emerso che il costo non è dipendente dalla gravità ma dalla composizione e articolazione delle risorse. Tali risultati sono coerenti con il comma 5 dell'art. 2 del DPCM 14 febbraio 2001: "La complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato".

SINTESI E CONCLUSIONI

L'avvio dello studio sperimentale è stato favorito da due condizioni: a) criteri di selezione e di inclusione equivalenti tra le regioni partecipanti; b) un protocollo di sperimentazione verificabile in termini di processi e di esiti.

Nel dare risposta a queste due esigenze si è tenuto conto delle indicazioni emerse dalla letteratura. La proposta metodologica per la valutazione del rischio si è articolata in due momenti. Il primo ha messo a fuoco la condizione degli adulti e il secondo i fattori critici che concorrono alla situazione di rischio per il bambino/ragazzo.

Le informazioni raccolte sono riferite a diverse aree, riconducibili ai settori di osservazione funzionale organico, cognitivo comportamentale, socio ambientale e relazionale. Sono state contestualizzate nello spazio di vita della persona dagli operatori sociali e sanitari, che hanno costruito un profilo globale del bisogno e della capacità, con strumenti professionali idonei, una valutazione multiassiale coerente con l'art. 4, c. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria (14 febbraio 2001).

La sperimentazione è stata condotta in 6 Regioni, coinvolgendo 16 gruppi di lavoro: 1 in Abruzzo, 2 in Basilicata, 2 in Emilia-Romagna, 1 in Piemonte, 6 in Toscana, 4 in Veneto. Hanno aderito alla prosecuzione tutte le regioni della prima annualità, con allargamento territoriale in Toscana e in Emilia-Romagna. Complessivamente sono stati considerati 114 minori a rischio di allontanamento, 52 femmine e 62 maschi. Il più piccolo di 3 mesi e il più grande di 17 anni. Quasi la metà dei bambini ha 6-10 anni, il 21% in età della scuola secondaria di I grado (11-13 anni), un quarto in età della scuola secondaria di II grado (14-17 anni).

L'insieme dei dati inseriti è stato sottoposto ad analisi di completezza, per valutare le informazioni raccolte, la loro rispondenza al fabbisogno conoscitivo così da meglio approfondire criticità e fattori di rischio.

Grazie all'analisi di completezza è stato calcolato un indice che misura il livello di adeguatezza informativa. È superiore all'80% per circa un quarto dei casi considerati. È compreso tra il 60% e l'80% per un altro quarto di casi.

Nella maggior parte dei casi (66%) sono stati direttamente i genitori a presentare la domanda di aiuto, quasi sempre la madre. Nel 71% dei casi la segnalazione arriva dalle famiglie, mentre per il 29% è a cura di professionisti. In quasi tutti i casi (85%) la persona di riferimento è la madre.

Quasi metà dei bambini considerati nello studio vive con entrambi i genitori (47%). Il 52% abita con uno dei due genitori, soprattutto la madre (nell'86% dei casi). In media il nucleo familiare è composto da quasi 4 persone, compreso il minore. Il reddito mensile è inferiore a 1.000 euro (più della metà delle famiglie). In alcuni casi il reddito è inferiore ai 500 euro

La condizione occupazionale dei genitori è molto instabile. Il 58% delle madri non lavora, 3 padri su 4 sono lavoratori dipendenti o in proprio. Circa metà

delle famiglie vive in un appartamento in affitto. Solo un terzo abita in una casa di proprietà, altri usufruiscono dell'abitazione a titolo gratuito o in usufrutto.

La condizione di povertà economica caratterizza gran parte delle famiglie considerate. Non va intesa come condizione di rischio di allontanamento ma come fattore concomitante, nel senso che molti bambini a rischio di allontanamento vivono in condizioni di deprivazione affettiva e di cure genitoriali associate a condizioni di povertà e di carenza dei mezzi necessari per i bisogni vitali.

Le situazioni considerate sono multiproblematiche, con esperienze di infanzia sofferente per uno/entrambi i genitori, storia di migrazioni e ricongiungimenti, lutti, patologie fisiche, problemi intellettivi, problemi psichiatrici, dipendenza, comportamenti devianti/antisociali, conflittualità nelle relazioni familiari, separazioni, figli da altre relazioni, padri sconosciuti, deprivazione culturale, isolamento.

La valutazione multidimensionale è stata realizzata per 107 bambini, il 94% del totale. Nella maggior parte dei casi è completa di tutte le scale previste dal protocollo. Il punteggio medio è 2,47. Gli operatori giudicano "sufficienti" le capacità relazionali di 1 bambino su 3. Nel 43% dei casi il giudizio è "quasi sufficiente", con inadeguatezza diffusa. L'ambito più critico è quello relazionale e sociale. Il livello medio è molto basso (1,99): "carente" nel 30% dei casi, "quasi sufficiente" nel 25% dei casi. Nell'area degli affetti e della conoscenza di sé il 58% dei bambini ha capacità non adeguate all'età. La difficoltà più gravi si osservano nei rapporti affettivi primari con il padre (indice 1,67) e la madre (indice 2,09) e nelle relazioni amicali (indice 1,99).

Il quadro complessivo è di bambini che vivono in condizioni di grave deprivazione, con genitori poco capaci di esserlo, in famiglie sole, prive di sostegno solidale o parentale, spesso sotto osservazione da parte dei servizi sociali, sanitari ed educativi.

In sintesi, la maggiore criticità è quella della carenza affettivo relazionale con una forte mancanza di persone "adulte" poco disposte ad assumersi responsabilità di fronte ai bisogni fondamentali dei figli. I figli non sono in grado di rapportarsi in modo adeguato con i propri genitori, gli amici e i compagni.

I punteggi delle scale di valutazione sono significativamente correlati tra loro, per quanto riguarda gli ambiti cognitivo, organico e socio relazionale. La correlazione è positiva, ovvero a punteggi elevati in un'area corrispondono in media punteggi elevati nelle altre dimensioni. Le relazioni tra scale sono più forti all'interno della stessa area, ad esempio tra la sub-area cognitiva comunicativa e apprendimento (coefficiente di correlazione 0,88), o tra la sub-area affettiva e socio-relazionale (0,80). Vi è anche una forte associazione tra la sub-area cognitiva e la sub-area psicomotoria e delle autonomie (0,72).

Dopo l'analisi, gli operatori hanno costruito i profili di bisogno/capacità e i progetti di presa in carica personalizzata, definendo obiettivi, risultati attesi, strategie di azione e fattori osservabili. Lo hanno fatto per 95 bambini, l'83% del totale. Dopo circa 3 mesi (T₁), dopo la verifica e valutazione delle azioni intraprese, gli operatori hanno redatto un secondo piano per 52 ragazzi (46% dei casi).

I fattori osservabili di esito a T₁ sono stati 258 (62,9%) e nel secondo piano operativo 152 (37,1%). L'analisi ha consentito la costruzione di una "tassonomia" dei fattori osservabili articolati in 5 macro-categorie di esito riguardanti: l'autonomia, la responsabilizzazione, l'apprendimento, il benessere psicofisico, le relazioni in famiglia e nella comunità.

Durante la seconda annualità dello studio Risc sono state attivate complessivamente 374 forme di aiuto, distribuite tra il primo (255, in media 2,71) e il secondo piano operativo (119, in media 2,53), destinate a 114 bambini/ragazzi. Gli operatori hanno privilegiato gli interventi domiciliari (35,1%) e intermedi (34,7%). A livello domiciliare l'intervento maggiormente attuato è stato l'assistenza domiciliare socio educativa (76%). A livello intermedio gli interventi si sono distribuiti tra assistenza specialistica (23%), riabilitativa ambulatoriale (20%), attività di socializzazione (20%), sostegno socio educativo scolastico (17%)

Il processo di condivisione delle responsabilità ha visto coinvolte 241 persone indicate nei piani di fase 1 e 125 nei piani di fase 2. La figura professionale quasi sempre presente è l'assistente sociale. Seguono quella dell'educatore e dello psicologo. La verifica delle attività svolte ha un indice di attuazione dell'89%. Il livello più elevato va alle prestazioni domiciliari, eseguite per il 95% di quanto previsto. Nel livello intermedio, l'assistenza ambulatoriale riabilitativa è stata garantita al 94%, le attività di socializzazione all'80%, il sostegno socio educativo scolastico all'81%.

Entrando nel merito delle verifiche di efficacia, i punteggi medi migliorano in ogni area di osservazione: cioè cognitiva comportamentale, funzionale organica, socioambientale relazionale e, all'interno di quest'ultimo, nel sistema delle responsabilità. Gli esiti maggiori sono ottenuti proprio nell'area socio-ambientale e relazionale, cioè quella più critica.

Dal confronto tra schemi polari si osserva come i minori, nel complesso, abbiano ottenuto il massimo beneficio nell'area socio-relazionale, nelle autonomie, nell'apprendimento e nelle capacità cognitive.

Dall'analisi dei fattori osservabili, è stata ricavata una sintesi dell'efficacia. Gli obiettivi non sono stati raggiunti per l'11,3% dei bambini/ragazzi. Per gli obiettivi raggiunti (89,7%) le percentuali sono così distribuite: l'11,3% ha un livello di raggiungimento inferiore al 25%; il 24,5% ha un livello di raggiungimento compreso tra 26 e 50%; il 15,1% ha un livello di raggiungimento compreso tra 51 e 75% e il restante 32,1% raggiunge gli obiettivi con un livello compreso tra 76 e 100%. Nel 5,7% dei casi il livello di raggiungimento è superiore alle attese.

L'analisi del rapporto tra indici di efficacia e costi sostenuti per gli interventi offre due indicazioni principali. La composizione dei fattori produttivi (professionali e di altra natura) determina il costo generato dalle scelte del piano di intervento. I costi osservati nel caso di massima gravità sono significativamente inferiori ai costi di ricovero residenziale, a seconda che tale ricovero avvenga in comunità educativa (10 volte inferiori) o in comunità terapeutica-riabilitativa (35 volte inferiori).

Si tratta di un confronto non equivalente, vista la diversa natura degli interventi domiciliari e diurni rispetto a quelli residenziali. Confrontarli in questa se-

de è utile per evidenziare come una più chiara identificazione della soglia di rischio utilizzabile per decidere se allontanare o meno un figlio dai genitori risponda a ragioni cliniche, professionali ed etiche. Nel contempo risponde anche a implicazioni economiche, oggi particolarmente rilevanti per gli enti deputati a sostenere la spesa degli interventi per l'aiuto e la protezione dell'infanzia fuori dalla famiglia.

Lo studio Risc ci mette a disposizione criteri verificati di valutazione dei rischio e un metodo per costruire i profili di bisogno e capacità necessari per meglio caratterizzare i progetti personalizzati di intervento, valutabili economicamente. Ci mette soprattutto a disposizione soluzioni per la valutazione degli esiti, basate su due metodologie, così da verificarli in modo evolutivo, in stretto rapporto con le scelte tecniche e professionali.

I risultati descritti nel rapporto, e approfonditi con le analisi professionali nella sezione successiva, sono stati verificati sul campo, in condizioni ordinarie di lavoro, grazie alla preziosa collaborazione di molti operatori che hanno partecipato alla fase sperimentale dello studio Risc.

I risultati sono ora a disposizione delle amministrazioni interessate, in particolare le Regioni che hanno garantito, insieme con il Ministero, la rete collaborativa che ha promosso e facilitato le azioni sperimentali, rendendo possibile una valutazione preventiva di impatto delle soluzioni proposte.

La potestà legislativa e di governo strategico dei sistemi locali di welfare, propria delle Regioni, potrà essere meglio esercitata implementando quindi soluzioni verificate nei propri territori, dopo averne compreso le condizioni di utilità e sostenibilità professionale ed economica. La collaborazione istituzionale che ha reso possibile questi risultati potrà avere anche ricadute utili per la definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale per l'infanzia e la famiglia.

Sono ulteriori ragioni per meglio apprezzare il valore dell'apporto degli operatori e dei servizi che hanno collaborato allo studio: hanno garantito i propri compiti istituzionali e, nello stesso tempo, hanno attivato funzioni di ricerca e sperimentazione, necessarie per cercare nuove soluzioni, produrre conoscenza scientifica, aumentare la possibilità di tutelare dei diritti dell'infanzia. I risultati che ci mettono a disposizione metteranno in condizione molti altri di garantire risposte più efficaci ai minori che hanno più bisogno di aiuto, tutela e protezione. A loro e alle istituzioni che hanno promosso lo studio Risc va il nostro grande ringraziamento.

Ringraziamo tutti gli operatori che hanno collaborato alla ricerca di soluzioni e contribuito a renderle possibili:

Paola Agazzi, Paola Aldinucci, Beatrice Angeli, Simona Antonelli, Maria Atzeni, Lorella Baggiani, Patrizia Baldassarri, Barbara Balleri, Barbara Balzano, Andrea Barani, Giusi Bardi, Gianni Benassi, Consuelo Bertozzi, Lucia Bianchi, Elena Bucciolini, Catia Calosi, Chiara Cambi, Simona Canozzi, Simona Canozzi, Antonella Caprioglio, Elisabetta Caricato, Elisabetta Casini, Simona Ceccherini, Valentina Ciabatti, Paola Cibra, Patrizia Cinque, Manuela Civitelli, Filomena Colangelo, Valentina Conti, Alice Coretti, Annamaria D'Andretta, Giuseppina D'Auria, Laura Dalcò, Gaia Di Bartolomeo, Giada Di Filippo, Laura Di Marco, Eleonora Dragonetti, Maria Ebe Bruno, Maria Eleonora Arnò, Maria Elisa Scola, Glenda Fabbri, Monica Fantechi, Attilia Favarelli, Gerardo Favaretto, Daniela Ferrario, Giuseppina Fois, Barbara Forneron, Alessandra Freschi, Emanuela Friziero, Laura Frullini, Dalia Gabrielli, Matteo Gaggi, Luigi Gardellini, Cristina Garino, Valentino Gastini, Laura Gedda, Federica Gemignani, Simone Gemmi, Marilena Giacone, Antonella Giuzio, Chiara Gottardo, Cristina Greco, Romina Lattanzi, Annalisa Leoni, Emanuela Lombardi, Dina Lorenzon, Lara Lualdi, Francesco Lucchi, Veronica Lucchina, Michele Maglio, Franca Magnani, Salvatore Manfredi, Silvia Manfredi, Anna Maria Drago, Elisabetta Masala, Barbara Melli, Annalisa Melli, Melorio Melorio, Michela Memeo, Paolo Michielin, Antonella Mignani, Sandra Mignogna, Valeria Milani, Annalaura Milioti, Stefania Miodini, Sara Montefameglio, Idana Morandin, Katia Nardi, Elisabetta Neve, Anna Orlando, Rita Paoli, Gabriele Paolini, Francesca Pardi, Monica Pedroni, Margherita Petti, Emilia Piedicorcia Petrullo, Rossana Prisco, Franca Quaglia, Roberta Riccobene, Stefano Rigoni, Antonella Romani, Omero Sacchetti, Omero Sacchetti, Valentina Sammiceli, Simona Sardini Di Febo, Mascia Sbaragli, Silvano Secco, Silvia Stagno, Francesca Stefanini, Laura Stella Sforza, Giuseppe Taddeo, Giuseppe Taddeo, Maria Teresa Antonazza, Luciano Tosco, Martina Vallongo, Francesca Venturi, Federica Viocchia, Katia Visentin, Rachele Vitali, Rita Vito, Assunta Zasa, Chiara Zorzi.

RISC II

Rischio per l'**I**nfanzia e
Soluzioni per **C**ontrastarlo

SEZIONE 2

**APPROFONDIMENTI
CON GLI OPERATORI**



FONDAZIONE EMANUELA ZANCAN
Onlus - Centro Studi e Ricerca Sociale

RISCHI E TIMORI DI TECNICISMO NELL'USO DI STRUMENTI DI VALUTAZIONE PROFESSIONALE

Elisabetta Neve¹

Da alcuni anni in Italia è andato intensificandosi il dibattito intorno alla valutazione professionale nei servizi alle persone. Oggi c'è ampia condivisione sulla necessità di costruire e perfezionare strumenti e favorire condizioni che consentano di valutare l'efficacia e l'utilità del lavoro professionale nei servizi, di poterle misurare e rendere visibili e comunicabili. Ma soprattutto in ambito sociale - più che in quello sanitario - non mancano problemi e resistenze che tendono a rallentare l'adozione di pratiche valutative, mentre la questione si fa più urgente in vista della definizione dei livelli essenziali di assistenza nella prospettiva del federalismo.

I timori e i dilemmi nascono quando la necessità di semplificazione richiesta dalla costruzione di indicatori e strumenti di valutazione rischia di non dare sufficientemente conto della complessità dei bisogni, delle loro dimensioni di imponderabilità e di irripetibilità, della pesantezza del lavoro svolto, spesso in contesti «poco illuminati» e comunque sempre più poveri di risorse. Oppure quando la fragilità della preparazione professionale, la frammentazione degli interventi o forti pressioni di tipo efficientistico inducono l'operatore a usare in modo formale-meccanico o burocratico gli strumenti offerti. Il fenomeno assume elementi di drammaticità se pensiamo alla crescente precarietà lavorativa nei servizi, al frequente turn over dei professionisti, all'instabilità degli orientamenti sull'impostazione e produzione dei servizi. È facile in questa complessità cedere a tentazioni di tecnicismo, nel senso di enfatizzare misurazioni e strumenti che non rispettano la natura composita, «viva» dei problemi umani, oppure nel senso che vengano usati fini a se stessi, in sostituzione delle capacità di scelta e creatività che i professionisti - e gli stessi servizi - hanno la responsabilità di attuare.

Occorre perciò fare sempre attenzione sia al tipo di strumentazione, alle modalità con cui viene costruita e usata, sia ai contesti organizzativi, culturali, normativi, etici in cui acquistano senso le motivazioni, gli scopi e l'uso della valutazione. La convinzione di fondo è che per poter dimostrare che diamo buoni servizi, utili alla popolazione, non basta certo la percezione di aver lavorato bene: c'è bisogno di coniugare la fiducia nel sapere «esperto» dei professionisti con la constatazione di dati di realtà che costituiscono gli esiti effettivi e l'impatto sociale del nostro lavoro.

Con lo scopo di contribuire a sensibilizzare all'uso della valutazione soprattutto di esito nei servizi, propongo delle riflessioni su due aspetti che mi sembrano oggi rilevanti:

**È importante
dimostrare
i risultati**

¹ Docente di Servizio sociale, Università Verona e Padova, collaboratrice Fondazione Zancan, Padova.

- le condizioni organizzative e istituzionali che favoriscono processi di valutazione;
- alcuni processi che preludono alla costruzione della strumentazione tecnica necessaria per la valutazione.

Condizioni che favoriscono processi di valutazione

Esperienze e progetti attuati ormai da alcuni anni dalla Fondazione «E. Zancan» mettono in evidenza come la possibilità di monitorare la produzione dei servizi e valutarne i risultati sia strettamente connessa con l'assetto organizzativo dei servizi e con le caratteristiche di comunicazione interna e con l'esterno. Ad esempio, l'istituzione in una determinata realtà locale di un servizio ad hoc di segretariato sociale ha dimostrato come sia possibile, e quanto sia prezioso, costituire un serbatoio di dati che sistematicamente registrano le domande e i bisogni della cittadinanza, quale preconditione per poter misurare la funzionalità del rapporto risposte-bisogni e per programmare miglioramenti nell'offerta davvero coerenti con le necessità del territorio.

Ma l'esperienza ha anche dimostrato che il segretariato, affiancato da un appropriato sistema di accesso ai servizi, richiede - ma a sua volta anche induce - meccanismi di riordino comunicativo sia interno all'intera organizzazione (ad esempio, di un comune grosso o dell'associazione di comuni) sia con l'esterno. Si tratta di coordinare le diverse unità operative stabilendo modalità e strumenti omogenei di raccordo e di presa in carico. Ma si apre anche un processo di ricognizione e di linee di collaborazione con soggetti e organismi della comunità che intercettano bisogni e offrono risorse. Questo aspetto risulta sempre più importante per gli stessi enti (comuni, Asl) che gestiscono servizi: spesso la molla può essere la scarsità di risorse negli enti pubblici, ma - se si supera la logica della semplice delega - la possibilità di rispondere «in solido» tra pubblico e privato, tra soggetti professionali e non professionali, tra servizi, famiglie, volontariato sembra oggi il modo più concreto ed efficace di responsabilizzazione e di gestione partecipata dei problemi del territorio.

In questo senso, il ruolo del segretariato sociale diventa dispositivo di partecipazione soprattutto rispetto alla conoscenza e alla verifica dei problemi e delle risorse del territorio. In più, oltre a favorire la riduzione di prese in carico inappropriate (da parte dei servizi) e promuovere, attraverso efficaci informazioni, maggiore autonomia nelle persone, può costituire la premessa per processi programmatori basati non solo su obiettivi ma anche su verifiche attendibili dei bisogni del territorio e su valutazioni di esito degli interventi finora attuati.

Sul versante poi dell'integrazione con soggetti informali della comunità, alcune esperienze realizzate registrano elementi di validità per l'efficacia e l'economicità degli interventi. L'investimento, ad esempio, sulla preparazione e il sostegno dei familiari caregiver in un'Asl ha prodotto modalità di risposte più appropriate a pazienti con demenza a domicilio, con un notevole risparmio di tempi e risorse per l'ente e potendo assicurare interventi (di assistenza continua, di ordine affettivo ecc.) che i servizi mai potrebbero realizzare. Va però sottolineato che il valore aggiunto in esperienze di questo tipo è la coresponsabilizzazione di più soggetti, cioè la più stretta alleanza tra servizi e re-

Potenzialità
del segretariato
sociale

altà comunitaria, senza scarichi di responsabilità o disconoscimento dei reciproci potenziali di risorsa.

Un'altra apertura a diverse forze e realtà del territorio utile per una maggiore efficacia delle risposte sociosanitarie sembra rappresentata dall'esperienza che si sta svolgendo nel Veneto in collaborazione tra l'associazione dei medici di medicina generale e l'Ordine regionale degli assistenti sociali, con finanziamento della Regione e la consulenza tecnica della Fondazione «E. Zancan». Al di là delle recenti attivazioni di forme di integrazione sociosanitaria (le Uvmd), spesso concepite più come adempimenti formali, si è avvertita la necessità di un confronto concreto e pragmatico a più livelli tra professionisti del settore sanitario e sociale. È evidente che l'efficacia stessa del confronto richiede l'adozione di «strumenti» capaci di creare sintonia e collaborazione tra i diversi professionisti e tra i vari servizi e di monitorare la gestione partecipata delle diverse fasi di intervento su determinate tipologie di casi multiproblematici. Si tratta, dunque, della costruzione di condizioni e uso di strumenti valutativi per garantire efficacia di risposte, che consentirà a sua volta di rafforzare collaborazioni interprofessionali nei percorsi di aiuto.

Esperienze di sinergia in Veneto

Dai concetti alla costruzione di indicatori

Per il secondo punto mi riferisco ai processi di semplificazione per la costruzione di strumenti di valutazione, in particolare alla concettualizzazione che sta a monte delle scelte fatte dalla Fondazione «E. Zancan» nel mettere a punto e sperimentare strumenti di valutazione (si veda in particolare lo schema polare S-P). La domanda di fondo è: in campo strettamente sociale, come arrivare a definire degli indicatori senza perdere elementi sostanziali della natura dei problemi e della qualità degli interventi? Quali sono i principali tipi di indicatori che, nei vari settori di intervento e ambiti problematici, indicano la buona (o cattiva) riuscita degli interventi?

I timori in questo campo - ma anche le obiettive difficoltà - sono legati al fatto che la semplificazione fa perdere necessariamente alcuni aspetti della realtà e la scelta tra le variabili più importanti e quelle più marginali, seppur giustificata da riferimenti scientifici e dall'esperienza, contiene sempre dosi di soggettività. In questo senso è importante che comunque le scelte degli indicatori siano periodicamente sottoposte a verifica in base alla mutevolezza di dati di realtà e dell'esperienza degli operatori, in una logica cioè di dinamicità e flessibilità.

Rischi della semplificazione

Nel tentativo perciò di focalizzare almeno gli elementi essenziali, credo che occorra tener presente che in questo campo gli indicatori non riguardano specificamente i progressi della persona in senso funzionale-psicologico, ma i miglioramenti di tipo «relazionale» e «ambientale», che pure non vanno visti indipendentemente dai fattori personali-funzionali. Ciò che è rilevante nell'intervento sociale, ben più che in quello sanitario, è l'influenza del contesto ambientale, territoriale, comunitario. Il riferimento in proposito è la costruzione e sperimentazione di strumenti di valutazione, quali ad esempio: la scala di responsabilità (Sr), il livello di protezione nello spazio di vita (Lpsv), il livello di

L'influenza del contesto

protezione nello spazio di vita ridefinito (Lpsv), il livello di protezione potenziale (Lpp)².

I fattori relazionali-ambientali sono tutti traducibili in disponibilità (o carenza) di risorse di varia natura: ciò è coerente con l'idea che chi sta meglio non è tanto chi ha meno problemi, quanto chi dispone di più risorse personali/ambientali per fronteggiarli (Vecchiato T. e altri, 2009). Perciò il miglioramento dovuto agli interventi di aiuto sociale è definibile essenzialmente in termini di rafforzamento quantitativo/qualitativo di risorse relazionali-ambientali. Tra l'altro ciò è anche coerente con il fatto che il fine ultimo degli interventi prettamente sociali include ma anche va al di là del benessere del singolo utente, perché mira a sviluppare solidarietà sociale (quindi risorse sociali potenzialmente utili a tutti). In più, una delle peculiarità dell'intervento sociale - a differenza degli interventi di tipo strettamente clinico e terapeutico - consiste nel fatto che l'efficacia è direttamente legata anche alla qualità stessa del processo (di accompagnamento, di coinvolgimento e partecipazione dell'utente ecc.) messo in atto dall'operatore. In questo senso il processo di aiuto - e non solo le prestazioni - è costitutivo della definizione dei livelli essenziali e realizza di fatto partecipazione e condivisione di responsabilità.

Il concetto però di «rafforzamento di risorse relazionali-ambientali» va scomposto per poter essere reso operativo. In breve, il panorama di queste risorse comprende:

- persone: le relazioni sociali sono tra persone concrete, a cominciare da quelle che costituiscono il più vicino mondo vitale dell'utente (familiari, vicinato, amici, volontari ecc.). La valenza risolutiva e protettiva dei problemi sociali dipende (anche) dalla qualità delle relazioni su cui può contare la persona in stato di bisogno (è stato spesso rilevato come la solitudine sia uno dei più rilevanti indicatori di fragilità). L'esperienza professionale inoltre suggerisce un'ulteriore distinzione tra: persone capaci e disponibili a farsi carico in modo ampio ed esaustivo della situazione problematica («soggetti» nel modello SP) e persone che portano un contributo concreto ma limitato all'attuazione del progetto («risorse»);
- beni materiali: pur in una logica che vede il bisogno non semplicemente come una carenza da colmare - che indurrebbe prestazionismo - ma come una condizione esistenziale che nella maggior parte dei casi diminuisce l'autonomia della persona e può renderla dipendente anche dagli aiuti, l'offerta di beni materiali (casa, lavoro, reddito, opportunità di socializzazione ecc.) è comunque «strumento» indispensabile nei processi personalizzati di aiuto. L'entità, la qualità e l'uso appropriato di questo tipo di risorse sono importanti indicatori, se declinati rispetto alla particolarità di ogni situazione problematica. Inoltre, una visione «dinamica» di questi indicatori consente di rapportarli con il fattore tempo, in quanto elemento sostanziale nei processi di creazione dei problemi (cicli di vita della persona e della famiglia, cambiamenti di status o di ruolo, subentro di eventi dannosi come lutti, malattie ecc.) e nelle possibilità di soluzione (percorsi-progetti di aiuto). Il tempo, cioè, è variabile significativa dei

Le risorse
relazionali-
ambientali

² Si veda l'ampia bibliografia sul tema PERSONA_{lab} disponibile nel sito internet www.fondazionezancan.it.

processi di aiuto, purché rapportato agli obiettivi concreti e alla qualità delle azioni che compongono l'intervento. Non a caso anche la letteratura spesso definisce l'intervento professionale, in particolare dell'assistente sociale, come un'azione di «cambiamento» in cui è possibile osservare e confrontare il prima e il dopo dell'intervento;

- capacità-risorse della persona, in termini di comportamenti, atteggiamenti e capacità relazionale, che possono modificarsi grazie all'intervento (ad esempio, maggiore consapevolezza e autonomia decisionale, maggiore responsabilizzazione, maggiore accettazione della realtà e delle regole sociali ecc.). Se tradotti in azioni e comportamenti concreti («fattori osservabili» e relative misurazioni, anche attraverso scale) descrivono nel loro insieme i cambiamenti ottenuti e quindi diventano componente rilevante della valutazione di efficacia.

Credo che, qualunque sia il tipo di strumenti di valutazione da costruire e di indicatori da identificare non si possa prescindere da queste realtà. Potrà rendersi necessario trovare i modi più agili e flessibili di documentazione, semplificare e omogeneizzare i sistemi di rendicontazione (sgravando, ad esempio, gli operatori di ripetute raccolte dati ai soli fini amministrativi) e comunque condividere tra i tecnici e negoziare con le amministrazioni finalità, criteri e uso della strumentazione documentaria. Ma è sempre più chiaro che senza la costruzione e l'uso di precisi strumenti conoscitivi e valutativi la garanzia di efficacia degli interventi e la regolazione dei processi di produzione nei servizi rimangono solo buone intenzioni o - nel migliore dei casi - patrimonio esclusivo del singolo professionista.

Mi sembra questo il passaggio obbligato per quel salto di qualità che fa della valutazione di efficacia ben più che un imperativo tecnico, perché determina un modo nuovo di concepire i servizi, di programmare le risposte e di riappropriazione di responsabilità da parte delle istituzioni e delle comunità locali.

Possibili
miglioramenti

RISCHIO PER L'INFANZIA E SOLUZIONI PER CONTRASTARLO: INDICAZIONI DI UNA SPERIMENTAZIONE MULTIREGIONALE

Tiziano Vecchiato, Cinzia Canali, Adriana Ciampa¹

I servizi per l'infanzia e la famiglia dovrebbero rivolgere maggiore attenzione a figli e genitori, con un occhio di riguardo verso le problematiche e le situazioni in cui esse insorgono, valorizzando le risorse presenti anche nell'ambiente dove le difficoltà sono emerse. I contenuti di azione professionale e i contesti di riferimento vanno considerati in modo globale, ecologico, avendo in mente le interdipendenze, con un approccio complessivo ai bisogni da affrontare e agli esiti da conseguire (Aldgate et al., 2006; Canali, Vecchiato, 2008; Maluccio et al., 2011).

Vanno considerate, inoltre, le evidenze scientifiche sottese alle scelte professionali, che aumentano l'indice di efficacia delle azioni (Canali, Vecchiato, 2009; Dagenais et al., 2009; Zeira et al., 2007). Da qui la necessità di investire nella validazione di procedure operative outcome based, cioè basate su evidenze scientifiche e sull'effettiva capacità di dare risposta, anche nelle situazioni più difficili, «al limite», come nel caso del progetto Risc (Rischio per l'infanzia e condizioni per superarlo).

Gli studi sull'efficacia degli interventi sui bambini e le famiglie in difficoltà possono essere di tipo osservazionale, fondate sul monitoraggio di popolazioni portatrici di un determinato disagio per individuarne le cause e le condizioni scatenanti, o di tipo sperimentale, basate sul confronto tra modi diversi di affrontare i bisogni e i risultati che si possono ottenere, per dare maggiore speranza a chi vive le gravi conseguenze di situazioni problematiche, ad alto rischio di allontanamento dei bambini dal loro nucleo familiare. In letteratura, le condizioni di rischio familiare (i determinanti di rischio) si identificano nel contesto socioambientale e relazionale che descrive le difficoltà e le potenzialità degli adulti. I fattori sotto osservazione nella famiglia diventano quindi problematiche sociali e sociosanitarie presenti contemporaneamente (povertà, tossicodipendenza, disagio mentale ecc.) e ruoli genitoriali non svolti adeguatamente, con la conseguente necessità di intervento di più servizi (sociali, sanitari, educativi ecc.).

In presenza di tali condizioni di «rischio» familiare, si osservano i fattori centrati sulla condizione del bambino/ragazzo, come la conflittualità genitoriale che degenera in violenza tra coniugi e sui figli, oppure la trascuratezza dei figli che degenera in abbandono. Il fatto di conoscere meglio i determinanti di rischio consente di utilizzarli sistematicamente per valutarlo, per meglio comprenderne la gravità e il peso, cioè il livello di rischio accettabile per evitare di separare figli e genitori. La fase preliminare dello studio Risc si è

Se e quando diventa necessario allontanare i figli dai genitori

¹ Tiziano Vecchiato, direttore Fondazione Zancan onlus, Padova. Cinzia Canali, ricercatrice Fondazione Zancan onlus, Padova. Adriana Ciampa, dirigente Divisione III - Politiche per l'infanzia e l'adolescenza del Ministero della solidarietà sociale.

focalizzata sulle strategie praticate in altri Paesi². Queste ultime dipendono in buona misura da come i sistemi di welfare hanno saputo organizzare i servizi per l'infanzia e la famiglia. Dall'analisi e in linea con il lavoro di Gilbert et al. (2009), in sintesi, sono emerse due strategie principali: la prima si può definire di «child welfare», ed è predominante in Europa e in Nuova Zelanda. Le azioni di prevenzione e le risposte sono incardinate in un sistema unitario di servizi. L'allontanamento è una delle possibili risposte al loro interno. La seconda, definita «child protection», è diffusa in alcuni Stati australiani, in Canada e negli Stati Uniti. Considera l'allontanamento come elemento caratterizzante i compiti di tutela da affrontare con servizi ad hoc.

Le differenze nei due approcci sono ben rappresentate nelle ricerche di Thoburn (2010a) sui bambini assistiti al di fuori della famiglia in diversi Paesi. Ad esempio, la Danimarca ha un tasso molto elevato di bambini in carico all'esterno della famiglia (102 ogni 10.000 al di sotto dei 18 anni) ma solo il 10% è stato allontanato con decreto del tribunale. Al contrario, negli Stati Uniti il 90% viene allontanato con decreto, anche se la percentuale varia tra Stato e Stato. Inoltre, in molti Stati i servizi specialistici per ragazzi con problemi di tipo comportamentale sono erogati dai servizi di salute mentale, al di fuori dell'assistenza ordinaria (Thoburn, 2010b, 2010c).

Il progetto fa propria l'urgenza di cercare nuove soluzioni per una più efficace tutela di bambini e ragazzi a rischio, che vivono situazioni di abbandono, disadattamento e grave emarginazione (AA.VV., 2010; Canali, Vecchiato, 2011a). Nel progetto Risc è stata ricorrente una domanda: ciò che viene realizzato dai servizi è adeguato, appropriato, efficace? Le risposte ai problemi sono mirate rispetto ai bisogni particolari o generiche e indifferenziate? Si sceglie il ricovero del minore fuori della famiglia anche se non è necessario? (Knorth et al., 2010).

Le soluzioni praticate con modalità sperimentali hanno radici nel laboratorio PersonaLAB (Personalised Environment for Research on Services, Outcomes and Needs Assessment) e partono dal presupposto che bambini e famiglie bisognosi di aiuto vanno valutati in modo integrato con strumenti multidimensionali per una lettura globale dei danni e delle potenzialità, guardando congiuntamente alle dimensioni organica, funzionale, cognitiva, comportamentale, socioambientale e relazionale, valoriale e spirituale. È stato quindi necessario apprendere gli strumenti per questo genere di valutazione e praticarle all'interno di una piattaforma metodologica e tecnica condivisa, facendo tesoro delle conoscenze scientifiche disponibili (Canali, Maluccio, Vecchiato, 2005; Bezze, 2008; Borgia, Canali, Vecchiato, 2010; Canali, Maluccio, Vecchiato, 2011).

L'attenzione costante a questi aspetti all'interno del progetto, ha consentito di accrescere la capacità di analisi dei bisogni/capacità; aumentare le competenze nella lettura e decodifica dei problemi/capacità degli adulti e dei bambini; costruire una rappresentazione condivisa delle difficoltà dei figli e dei genitori, in modo corresponsabile tra servizi. La soluzione utilizzata è la metodologia S-P/F-O, che è stata sperimentata in diverse condizioni

² Sono state raccolte informazioni e testimonianze da dieci Paesi europei e dieci Paesi extra-europei.

operative, guardando ai livelli essenziali di assistenza per l'infanzia, misurando gli esiti delle scelte professionali.

La struttura della metodologia S-P/F-O accompagna le fasi del lavoro per progetti personalizzati articolato in: raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia; analisi della situazione del bambino/ragazzo e della sua famiglia, con attenzione ai problemi, ai fattori di rischio, alle capacità e alle potenzialità; definizione dei problemi sui quali intervenire; predisposizione del progetto personalizzato del piano operativo con i risultati attesi di efficacia; verifica e valutazione di esito.

Il metodo S-P/F-O integra la visione bidimensionale, basata su variabili gestite con tabelle a doppia entrata (Blythe et al., 1993) e la visione multifattoriale (multivettoriale) dei bisogni e degli esiti, entrambi verificabili e rappresentabili con schemi polari (Vecchiato, Canali, Innocenti, 2009; Canali, Vecchiato, 2010).

A questo obiettivo la Fondazione Zancan sta dedicando da dieci anni un impegno finalizzato a integrare metodi qualitativi e quantitativi (Biehal, 2005, 2008; Brandon, 2010; Zeira, 2010), con modalità sperimentali, utilizzando l'ambiente di ricerca multicentrico reso possibile da PersonaLAB (Canali, Vecchiato, 2010). È una sfida per quanti vogliono lavorare a effettivo servizio di figli e genitori, insieme a loro, considerando più dimensioni: la persona, il suo contesto, le risorse (dei servizi, delle persone, della comunità), i bisogni da affrontare, le decisioni, i risultati di efficacia, la valorizzazione delle responsabilità, così da facilitare una ricerca evidence based e outcome based.

L'approccio S-P/F-O, come abbiamo detto, considera quattro domini: organico funzionale, cognitivo comportamentale, socioambientale e relazionale, valoriale e spirituale. Promuove una visione globale, basata sulla mappa dei soggetti e delle risorse (Canali, Vecchiato, 2011a). Evidenzia la distribuzione e la natura delle responsabilità anche non professionali, presenti nello spazio di vita. Strumenti utilizzati a questo fine sono l'Indice di copertura assistenziale (Ica), la Scala di responsabilizzazione (SR), il Livello di protezione nello spazio di vita (Lpsv), il Livello di protezione potenziale (Lpp) (Pompei et al., 2005; Vecchiato et al., 2009). Gli oltre 100 operatori che hanno partecipato al progetto sono stati messi in grado di apprendere e praticare questi strumenti, gestendo le informazioni con una piattaforma informatizzata che ha facilitato la condivisione, la presa di decisione, la valutazione degli esiti.

Lo studio ha considerato i cambiamenti che intervengono nelle famiglie selezionate nell'arco di 9 mesi. I nuclei sono stati suddivisi in due gruppi: 1. famiglie «prese in carico secondo le usuali modalità» e con valutazione S-P (gruppo di controllo); 2. famiglie «prese in carico secondo il protocollo personalizzato» (gruppo sperimentale): valutazione S-P e con valutazione F-O (fattori osservabili). Il gruppo di controllo non era pienamente assimilabile a prassi del tipo «come sempre», perché lo studio non si è limitato a documentare le prassi correnti, ma ha sviluppato analisi aggiuntive, di bisogno e di esito, necessarie per confrontare i risultati dei due gruppi. Quindi non si è trattato solo di un gruppo Tau (treated as usual) ma un gruppo Tau+ ovvero con l'aggiunta delle valutazioni di cui allo schema polare. Sono stati coinvolti 127 bambini/ragazzi distribuiti in sei regioni (Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Piemonte, Toscana, Veneto) e suddivisi nei due gruppi: 74 nel

Il disegno della sperimentazione

gruppo sperimentale (58,3%) e 53 nel gruppo di controllo (41,7%). Il numero di casi arruolati ha superato il numero atteso di casi previsti (pari a 120 casi), a testimonianza del livello di adesione degli operatori coinvolti nella sperimentazione.

Tab. 1 – Distribuzione dei casi a T₀ e T₁ per unità territoriale di sperimentazione e per funzione

Funzione	Regione	T ₀	T ₁	T ₂
Gruppo controllo	Basilicata	10	10	10
	Emilia-Romagna	11	11	10
	Piemonte	10	9	8
	Toscana	10	7	4
	Veneto	12	12	10
	Totale controllo		53	49
Gruppo sperimentale	Basilicata	19	16	16
	Emilia-Romagna	10	10	9
	Piemonte	15	15	5
	Toscana	10	8	3
	Veneto	13	13	12
	Totale sperimentale		74	67
Totale		127	116	87

Il coinvolgimento dei casi è avvenuto tra il mese di ottobre 2009 e il mese di luglio 2010. Alla prima valutazione risultavano inseriti 127 bambini/ragazzi: 49 femmine (39%) e 78 maschi (61%), con una età tra 0 e 17 anni (valore medio 9 anni). I ragazzi del gruppo di controllo avevano una media di 8,9 anni e mediana 8, il gruppo sperimentale una media di 9,5 anni e mediana 10.

Analizzando il bisogno nei suoi fattori organici, psicofisici e relazionali, contestualizzati nello spazio di vita della persona, gli operatori hanno costruito una visione globale della situazione, con strumenti idonei a sviluppare una valutazione multidisciplinare coerente con l'art. 4, c. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001³.

Alcuni risultati della sperimentazione

³ Art. 4, Principi di programmazione e di organizzazione delle attività: [...] «3. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale».

Tab. 2 - Mappa degli strumenti utilizzati per la costruzione dello schema polare

	Strumenti di valutazione
Bambino/Ragazzo	
Cognitivo comportamentale	Scheda area cognitiva/comunicativa
	Scheda area apprendimento
Funzionale organico	Scheda area organica
	Scheda area neuromotoria
	Scheda area delle autonomie
	Scheda area socio-relazionale
Socioambientale e relazionale	Scheda area affettivo relazionale
	Indice di copertura assistenziale
	Scala di responsabilizzazione
	Livello di protezione nello spazio di vita
Adulto	
Cognitivo comportamentale	Hamilton Rating Scale for Depression
Funzionale organico	Cumulative Illness Rating Scale
	Cage (nel caso di alcolismo)
	SdS (nel caso di tossicodipendenza)
Socioambientale e relazionale	Scala di responsabilizzazione
	Livello di protezione nello spazio di vita
	EuroQoL – European Quality of Life Questionnaire / Vas

Le informazioni ottenute hanno consentito la costruzione di indici di efficacia nei tempi da T_0 a T_2 , in funzione delle valutazioni effettuate. Gli aspetti socioambientali e relazionali sono quelli che hanno registrato il maggior grado di miglioramento tra T_0 - T_1 (56% migliora, il 10% non cambia, il 34% peggiora). Allungando il periodo temporale di osservazione (T_0 - T_2), i cambiamenti si sono fatti più consistenti. L'indice di efficacia globale per il 70% dei bambini/ragazzi ha evidenziato benefici già nell'arco dei 6 mesi, il 23% è peggiorato e il 7% non ha evidenziato cambiamenti particolari. La valutazione non si è basata solo su questi valori, ma ha reso disponibili ulteriori indici focalizzati sugli esiti attesi e ottenuti, con l'analisi dei fattori osservabili, in funzione dei risultati di efficacia (metodo F/O).

L'indice di efficacia complessivo a seguito del primo piano operativo è stato calcolato per 58 minori del gruppo sperimentale (78%). Nel complesso, i valori medi dell'indice sono compresi tra 0 e 1. Per quasi l'80% delle persone gli obiettivi sono stati in buona parte raggiunti con un 15% di casi in cui gli obiettivi sono stati raggiunti completamente, mentre nel 5% dei casi gli obiettivi non sono stati raggiunti.

L'indice di efficacia complessivo del secondo piano operativo è stato calcolato per 43 minori del gruppo sperimentale (58%). Non si sono osservate differenze significative tra gli indici di efficacia del primo piano e quelli del secondo. La situazione più frequente (71% dei casi) è risultata quella di un raggiungimento totale/parziale dei risultati attesi.

Dopo aver analizzato i risultati ci siamo chiesti se e in che misura le differenze tra gruppo controllo Tau+ e sperimentale potessero dire di più. Ad esempio, si è visto che il raggiungimento di esiti positivi dipendeva da quanto e come erano state seguite le raccomandazioni del protocollo di ricerca. È inoltre emerso un effetto interazione nel dominio sociorelazionale. L'efficacia T₀-T₂ è risultata maggiore nel gruppo sperimentale, quando i minori presentavano una condizione a T₀ più compromessa (indice di benessere socio-relazionale <0,64) rispetto agli altri. Questo risultato ha evidenziato la maggiore capacità del gruppo sperimentale di conseguire esiti positivi (misurati in termini di riduzione del rischio) proprio per i ragazzi con maggiore sofferenza e a maggiore rischio di allontanamento.

Tenendo conto di questo risultato si è proposto di meglio circoscrivere l'area di valutazione del rischio, restringendo i parametri di inclusione di almeno 1 punto per asse, come indicato nella figura a pagina seguente, così da meglio concentrare l'attenzione sui casi a maggiore rischio di allontanamento, visto che possono avere più beneficio dalla metodologia sperimentata.

L'analisi dell'esperienza svolta con gli operatori impegnati nella ricerca ha evidenziato l'utilità del protocollo. Molto rilevante è stata la parte dedicata all'analisi dei soggetti e delle risorse per rappresentare lo spazio del bambino e la visione globale delle sue potenzialità/ criticità: «La visione d'insieme che permette l'analisi dello schema polare rimanda immediatamente a livello visivo le aree dove il minore si trova maggiormente in difficoltà perché fornisce una conoscenza approfondita e quindi dove è più utile intervenire e progettare obiettivi e azioni».

A questo passaggio si aggiunge l'importanza, esplicitata da tutti i gruppi di ricerca, di utilizzare strumenti di valutazione per bambini/ ragazzi e persone adulte, in tutti i domini dello sviluppo, che porta a una maggiore confrontabilità tra professionisti diversi: «Il protocollo operativo permette di mettersi in una posizione che offre la possibilità di pensare e uscire dagli agiti attraverso una costruzione del lavoro che mi prefiguro idealmente e che tengo monitorato in itinere decidendo sulle azioni da implementare».

La possibilità inoltre di far seguire alla fase di verifica la valutazione di efficacia ha rappresentato una modalità di lavoro del tutto innovativa rispetto alla prassi ordinaria del lavoro dei servizi: «Siamo soliti fermarci a dati di output, quantitativi, relativi al numero dei minori in carico, al numero delle prestazioni... ». Infine il valore aggiunto dato dalla possibilità di confrontare il costo del progetto personalizzato con l'efficacia dell'intervento ha rappresentato una ulteriore potenzialità del protocollo che tuttavia necessita ancora approfondimento con i gruppi di lavoro.

La sperimentazione ha facilitato la condivisione delle informazioni tra operatori di diverse discipline. Ha consentito una visione globale del bambino/ragazzo, evidenziando non solo le aree problematiche ma anche i punti di forza. Ha aiutato la presa di decisione, consentendo di evidenziare la loro efficacia.

Le criticità trasformate in punti di forza dagli operatori sono sintetizzabili con queste loro espressioni:

Cosa hanno detto gli operatori

Conclusioni

- il metodo Risc obbliga gli operatori a ragionare insieme per definire la progettazione personalizzata;
- richiede che l'operatore adotti nel lavoro quotidiano strumenti informatici;
- promuove la collaborazione di più figure professionali;
- genera una documentazione strutturata e regolare.

Le potenzialità sono riconoscibili nel modo con cui le unità operative hanno collaborato alla sperimentazione, andando oltre le attese e affrontando i problemi all'interno dell'operatività quotidiana. La ragione principale che spiega questo esito positivo in un momento di crisi economica e di sfiducia generalizzata è l'aiuto efficace di cui hanno beneficiato i bambini e i ragazzi presi in carico.

Poter evidenziare i risultati del proprio lavoro e renderli apprezzabili a quanti non operano a diretto contatto con le persone (dirigenti e altri decisori, magistrati, famiglie...) è stata una leva potente e generativa di ulteriore investimento. Infatti le sei regioni che hanno partecipato alla sperimentazione multicentrica hanno deciso di proseguire la sperimentazione affidando tre mandati ai molti operatori coinvolti. Anzitutto approfondire il rapporto tra azioni ed esiti, cioè capire quali sono state e possono essere le scelte più efficaci nella riduzione del rischio. Secondo, sviluppare le condizioni favorevoli all'integrazione finalizzata tra le componenti sociosanitarie, visto che in molti casi, deprivazioni e violenze lasciano ferite che non possono essere trattate solo con interventi sociali. La terza attesa riguarda il rapporto tra costi ed efficacia per ottimizzare le risorse necessarie a incrementare la capacità di aiuto a figli e genitori.

IL PROGETTO RISC IN PIEMONTE

Antonella Caprioglio, Beppe Taddeo¹

Nella regione Piemonte il fenomeno dei minori allontanati dalla famiglia risulta essere significativo, ancorché nel corso del tempo il sistema si sia fortemente qualificato a favore dell'accoglienza in famiglia dei minori stessi: al 31 dicembre 2009 risultavano complessivamente vivere «fuori famiglia» 2.714 minori².

Negli anni più recenti l'amministrazione regionale è intervenuta con un rinnovato impegno per promuovere un ulteriore sviluppo dell'affidamento familiare e comunque di azioni preventive rispetto all'inserimento in comunità. Come di recente affermato, «(...) occorre che le culture e pratiche dei servizi, centrate in questi anni ad allontanare bene, si concentrino con lo stesso impegno a evitare gli allontanamenti, rinforzando il nucleo di origine e soprattutto i legami familiari e quelli a corto raggio: parentali, amicali, vicinali e territoriali» (Belotti V., 2009).

In questa prospettiva, la proposta del progetto Risc si è inserita per il Piemonte in un momento di confronto con gli operatori che, sia pure per affrontare temi più ampi e per certi versi differenti, porta a interrogarsi sul tempo degli interventi di sostegno e sul tempo delle soluzioni quali l'allontanamento e l'eventuale dichiarazione dello stato di adottabilità di un bambino.

Rispetto al territorio della sperimentazione, la scelta è caduta sulla città di Torino, in quanto tradizionalmente «anticipatrice» di risposte complessive e strutturate rispetto a problemi che sul resto del territorio si manifestano in tutta la loro incisività in tempi e con dimensioni differenti.

Dal punto di vista metodologico, inoltre, la struttura organizzativa e l'area presa in considerazione hanno permesso di prevedere nella stessa realtà la creazione dei due gruppi di operatori coinvolti nella ricerca, con indubbie ricadute in termini di confrontabilità delle prassi di lavoro e quindi degli esiti della sperimentazione.

Nello specifico del progetto Risc, per la città di Torino risultano rilevanti e in aumento le condizioni di rischio educativo e di difficoltà sociale dei minori, che rendono necessari interventi educativi/domiciliari di supporto e di sostegno intensi, mirati e soprattutto personalizzati, per evitare l'allontanamento degli stessi dal nucleo familiare. Tali interventi necessitano di un forte raccordo tra i servizi e un monitoraggio attento e continuo per verificarne l'appropriatezza e l'efficacia. La sperimentazione proposta ha colto questo momento/bisogno, permettendo di avviare buone prassi operative e di sviluppo a favore di minori e famiglie a rischio, attraverso la realizzazione del protocollo per la presa in carico della persona.

Il contesto della sperimentazione

¹ Antonella Caprioglio è dirigente in staff alla direzione politiche sociali, Regione Piemonte, Torino. Beppe Taddeo ha una posizione organizzativa settore minori, responsabile interventi territoriali, Comune di Torino.

² Di questi, 1.532 erano inseriti in affido familiare residenziale e 1.182 ospiti di comunità residenziali e case famiglia.

Data questa cornice, occorre sottolineare la difficoltà di fare valutazione nel sociale, in ragione del fatto che il «sociale» è un contesto complesso, dove si incontrano problemi molteplici soggetti a una pluralità di vincoli/risorse.

Venendo allo specifico del progetto Risc, quattro aspetti riferiti allo strumento proposto risultano importanti da indagare: l'area della pre-valutazione, la rete, la questione tempo e l'importanza degli strumenti scientifici.

La pre-valutazione, lo spartiacque per decidere

La domanda che accompagna costantemente il pensiero e l'attività degli operatori dei servizi sociali può essere sintetizzata nella frase di uso comune «è recuperabile la famiglia d'origine?». La risposta sta nella capacità di «vedere» in termini positivi e rispettosi la situazione del rapporto figli/genitori e nel medesimo tempo di «preoccuparci» di fare il possibile, attivando i diversi interventi di supporto a disposizione, per sostenere la famiglia nella sua interezza, come peraltro stabilito dalla legge.

È importante dunque ragionare, attivare e registrare gli interventi messi in atto per giungere a una valutazione corretta e serena sulle competenze e capacità di «fronteggiare» i problemi da parte del nucleo. La sperimentazione Risc ha consentito di elaborare criteri di valutazione del rischio, attraverso l'evidenziazione di indici di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale, formulati ed esplicitati da parte degli operatori coinvolti e visualizzati infine sugli appositi strumenti grafici.

La famiglia di origine

Valutare le competenze

Il contesto decisionale in cui è inserita la sperimentazione

Per comprendere meglio i processi di decisione che gli operatori mettono in campo quando si tratta di definire la necessità o meno di un allontanamento è stato utilizzato un approccio qualitativo. Sono state considerate le risposte date alla seguente domanda: «Quali sono i criteri che utilizza/utilizzerebbe per capire/valutare se si può evitare l'allontanamento di un minore dalla sua famiglia?». Attraverso un'intervista scritta sono stati raccolti i punti di vista di 16 assistenti sociali ed educatori impegnati nell'area minori del Comune di Torino. Le risposte sono state analizzate con la tecnica dell'analisi del contenuto³.

Per quanto riguarda i criteri utilizzati, o da adottare, per evitare l'allontanamento, dalle risposte degli intervistati emergono quattro principali aree di contenuto:

- la più numerosa, esplicitata dal 100% delle persone intervistate (N=16), è quella riguardante la valutazione dei fattori di rischio e del contesto familiare, ossia il grado di problematicità del nucleo, di disagio/sofferenza del minore, il suo legame affettivo con i genitori e la sua

Criteri per evitare l'allontanamento

³ Sulla base delle informazioni date si è operato costruendo progressivamente un elenco dei macro nuclei tematici presenti, ciascuno declinato a sua volta in categorie e sotto-categorie più specifiche. Il criterio seguito nella prima fase di analisi è stato quello di classificare la quota maggiore di informazioni presenti in ogni singola risposta, per non perdere elementi significativi. Esaurita la fase di lettura e classificazione dei contenuti, sono stati successivamente realizzati alcuni accorpamenti categoriali per rendere più agevole il trattamento delle informazioni emerse. La classificazione dei contenuti e l'accorpamento categoriale sono stati poi oggetto di confronto e discussione da parte del gruppo di ricerca, al fine di ridurre possibili distorsioni, dovute a inferenze soggettive in fase di lettura e di analisi.

età (quest'ultimo elemento viene sottolineato da più di un terzo degli operatori intervistati);

- segue, con 14 riferimenti, l'analisi delle risorse del nucleo familiare e delle competenze genitoriali, intese soprattutto come consapevolezza del problema/bisogno da parte degli adulti del nucleo, capacità/disponibilità a collaborare attivamente a un progetto di aiuto al cambiamento, compliance ecc.;
- al terzo posto emerge l'analisi della rete del nucleo familiare, cui fanno riferimento 11 persone. Tale categoria comprende sia l'analisi della rete familiare/parentale sia quella più ampia extrafamiliare (amici, vicini, lontani ecc.), al fine di comprendere se intorno al nucleo esiste una rete informale che possa costituire risorsa e diventare una «rete di aiuto»;
- anche la possibilità di attivare interventi/servizi di sostegno è ritenuta un elemento positivo per evitare l'allontanamento e viene esplicitamente evidenziata da sette operatori. In questo modo viene sottolineata la necessità di disporre di un'adeguata rete di servizi sul territorio.

Alcuni operatori fanno riferimento alla necessità di mettere in atto modalità gestionali in collaborazione con altri servizi e professionalità. I contenuti che rientrano in tale categoria, sebbene non sempre propriamente riferiti ai criteri per evitare l'allontanamento, si sono successivamente rivelati importanti al momento della valutazione multidimensionale del bisogno.

La dimensione della rete

Effettuata la pre-valutazione, è chiaro fin da subito che le attività richieste dal progetto Risc non possono essere frutto della competenza, esperienza e apporto di un singolo operatore, pertanto diventa indispensabile condividere significati e strumenti, avviando un processo di rete.

Tale lavoro rafforza la collaborazione e la fiducia reciproca, dando sostanza e spessore alla relazione tra operatori e con la famiglia stessa, che viene coinvolta in un sistema di aiuto che, a sua volta, attraverso i metodi del progetto Risc esce rafforzato e potenziato.

Inoltre Risc, proponendo la condivisione del metodo di lavoro e dello strumento, ha una ricaduta positiva sui linguaggi, sulla cultura del «lavorare insieme», sulla costruzione dell'«alleanza educativa» tra le diverse persone coinvolte (operatori sociali, sanitari, insegnanti, volontari delle associazioni).

La cura e il mantenimento della rete, compiti generalmente considerati impegnativi, vengono agevolati dall'essere chiamati a un preciso percorso temporale, con tappe di monitoraggio e verifica, che induce a ragionare insieme sull'andamento del progetto di sostegno attivato.

Alleanza educativa

Il tempo come elemento rilevante

Il tempo educativo non è un intervallo di passaggio, di sospensione delle dinamiche relazionali, strumentale a risolvere i bisogni emergenti e contingenti, ma è invece il tempo progettuale, definito come obiettivo di cambiamento, che prende forma a partire dai bisogni e diventa raggiungibile se correlato alle risorse disponibili.

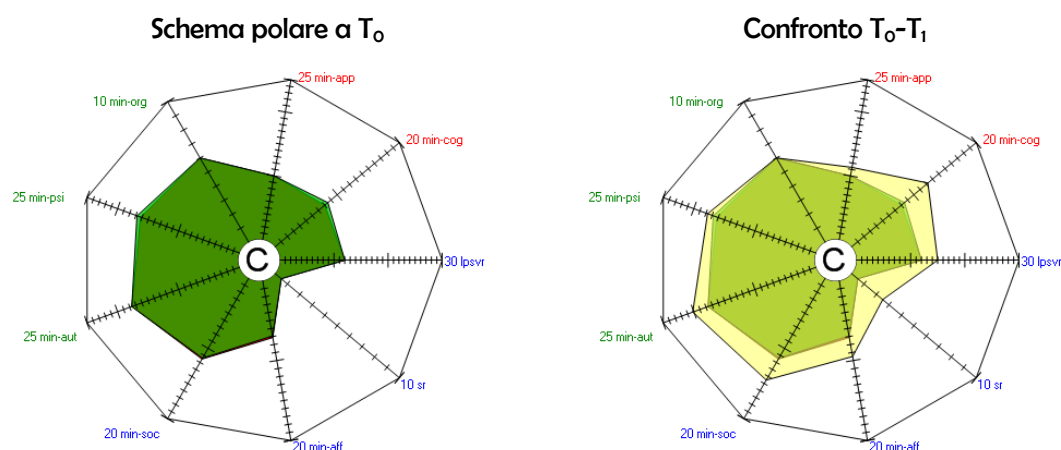
Servono precisi riferimenti temporali

La combinazione progettuale va collocata nel tempo, proprio per renderla efficacemente dedicata al cambiamento possibile delle situazioni in carico al servizio. Occorre pensare a una permanenza programmata, poiché un intervento troppo prolungato rischia di indurre una «dipendenza» rispetto all'operatore e al servizio e può diventare addirittura nociva per il minore e per il suo nucleo familiare perché non evolutiva. Gli interventi, perciò, devono avere precisi riferimenti temporali, per promuovere il maggior grado possibile di autonomia, responsabilità ed emancipazione dal supporto dei servizi specialistici e professionali.

Per questa ragione si ritiene che la sperimentazione Risc, con la scansione temporale T_0 , T_1 , T_2 (sei mesi in tutto) obblighi a misurarsi in tempi contenuti, a darsi un ritmo operativo, a esercitare un monitoraggio serrato e dunque verificare l'efficienza e l'efficacia del progetto educativo personalizzato, evidenziando nel medesimo tempo errori/successi dei soggetti coinvolti per la sua realizzazione.

Si evidenzia attraverso il grafico un esempio di confronto tra schemi polari (Fig. 1) relativi a un minore in situazione di rischio educativo preso in carico dal servizio sociale dopo 3 mesi di attività.

Fig. 1 – Esempio di confronto tra schemi polari



A tale proposito, si evidenzia che nelle «Indicazioni operative per i servizi sociali e sanitari in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono», di recente approvate dalla Regione Piemonte, si è posto fortemente l'accento sul fattore-tempo e, nel tentativo di proporre alcuni indicatori per la valutazione delle capacità genitoriali, sono stati individuati anche riferimenti a un arco temporale definito (8/12 mesi) per lo sviluppo degli stessi, oltre il quale occorre valutare se dare luogo a una segnalazione alle autorità giudiziarie ai fini dell'accertamento dello stato di abbandono del minore.

Il progetto Risc, attraverso gli strumenti di valutazione e monitoraggio proposti, consente di individuare, sviluppare e misurare indicatori utili (definiti dagli stessi operatori), per formulare una prognosi sull'evoluzione della situazione del minore e delle capacità genitoriali. Alcuni esempi di possibili fattori prognostici positivi possono essere così esemplificati:

Fattori prognostici positivi

- impegni rispettati come previsto nel progetto condiviso (numero di compiti portati a termine nei tempi previsti);
- richieste pertinenti e tempestive di aiuto ai servizi;
- utilizzo appropriato degli aiuti forniti;
- accettazione di interventi diagnostici e terapeutici (per coppia, singoli genitori, figli);
- accettazione delle prescrizioni disposte dalle autorità giudiziarie con conseguimento dei risultati nei tempi stabiliti⁴.

Un possibile strumento anche per il sociale

Aree professionali quali quelle afferenti ai servizi sanitari hanno sviluppato nel corso del tempo strumenti che sono diventati patrimonio condiviso dalla comunità degli operatori. Il progetto Risc, individuando per ciascun'area di interesse la proposta di strumentazione scientifica elaborata in diversi ambiti di lavoro, permette l'acquisizione di strumenti che rafforzano soprattutto l'area sociale, tradizionalmente più debole nell'affermazione del proprio ruolo e delle proprie competenze. La cultura del servizio sociale in questo modo ne esce rafforzata e valorizzata, dal punto di vista sia della capacità di dare visibilità al lavoro sociale sia della capacità di documentare in modo appropriato gli interventi di propria competenza.

Tale aspetto appare oltremodo significativo e coerente soprattutto alla luce dell'entrata in vigore della norme processuali, di cui alla legge n. 149/2001, rispetto alle quali appare fondamentale che i servizi possano dar conto della qualità e consistenza degli interventi attuati per il sostegno alle famiglie e il recupero delle capacità genitoriali.

Conclusioni

La possibilità concreta di indurre e sostenere dei cambiamenti positivi nella vita dei minori e delle famiglie a rischio si può considerare un punto di partenza ben presente nella mente degli operatori, nell'affrontare dunque il percorso del progetto Risc. Gli strumenti e gli indicatori proposti hanno contribuito a rendere più visibili ed espliciti questi cambiamenti o questi mancati cambiamenti, con un'attenzione specifica al fattore tempo.

La fase successiva e finale dovrebbe permettere di rileggere tutto quello che Risc ci può mettere a disposizione. Infatti, alla luce della complessità delle situazioni, ci consente di vedere le trasformazioni in atto di minori e famiglie, le risposte e i vincoli che caratterizzano la nostra organizzazione, l'appropriatezza degli interventi e le risorse a disposizione. Certamente oggi la famiglia vive una situazione di difficoltà e sempre di più bisogna individuare «culture» e modalità di lavoro che ne sviluppino le potenzialità anche residuali, le capacità di resilienza nel fronteggiare i problemi e i legami positivi presenti.

⁴ Elementi tratti dalla «Griglia di analisi delle informazioni» (Fattori di rischio, fattori protettivi, segnali di malessere/maltrattamento, segnali di benessere), allegata alle «Indicazioni operative in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono», approvate dalla Regione Piemonte con Dgr n. 30-13077 del 19/1/2010. La griglia è stata curata dalle assistenti sociali Consuelo Fiamberti, Daniela Ioris, Maria Luisa Occhetti, Barbara Re.

Risc, in fondo, per gli obiettivi di contrasto all'allontanamento che si prefigge, propone e ci coinvolge in un approccio integrato di sostegno e supporto alla famiglia, partendo da come essa è e rispettandola per quello che può mettere a disposizione e per quanto può rispondere. Occorre perciò riscoprire e favorire un'etica relazionale comune, perché solo valorizzandone le risorse e rafforzandone l'autostima, attraverso la costruzione di contesti di vero e proprio aiuto (e non di giudizio e controllo), si può tentare di rispondere, in modo appropriato, ai nuovi e forti bisogni che emergono dai minori, dalle famiglie e dal territorio.

DALLA SPERIMENTAZIONE AL PROTOCOLLO PER LA PRESA IN CARICO: PUNTI DI FORZA, POTENZIALITÀ E CRITICITÀ

Andrea Barani⁵

Il presente contributo vuole offrire alcune riflessioni sulla prospettiva di un utilizzo «sistematico» del protocollo per la presa in carico delle situazioni di minori a rischio di allontanamento dal nucleo familiare messo a punto dalla Fondazione «E. Zancan» onlus all'interno dello studio Risc (Canali C., Vecchiato T., 2010), commissionato dal ministero del Lavoro e delle Politiche sociali.

Chi scrive ha preso parte, nell'anno 2010, alla sperimentazione attuata in sei regioni italiane (Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Veneto) e sta attualmente proseguendo, anche per il 2011, nell'utilizzo del protocollo Risc per la gestione di alcuni progetti di aiuto a favore di bambini e ragazzi in particolare situazione di difficoltà, al fine di meglio prevenire il possibile allontanamento dei minori dalla propria famiglia, individuando e articolando, al contempo, processi di intervento che possano risultare di una certa efficacia per il miglioramento delle condizioni globali dei bambini e dei loro genitori.

La riflessione viene proposta alla luce dell'esperienza compiuta e dei vari momenti di studio, approfondimento e confronto che l'hanno accompagnata.

La persona al centro

Tra i punti di forza del protocollo Risc rientra sicuramente il metodo di lavoro per progetti personalizzati: il protocollo valuta i cambiamenti che intervengono nelle famiglie incluse nella sperimentazione nell'arco di circa 6-9 mesi in seguito al progetto definito.

La questione della centralità della persona, considerata all'interno del complesso e articolato mondo dei servizi sociali e sanitari, risulta quanto mai attuale anche se - essa stessa - a «rischio» di essere elusa dalle pressanti esigenze di risparmio della spesa sociale e sanitaria, se non addirittura frammentata a causa della ricorrente prassi della specializzazione delle professioni di aiuto e della fatica che esse fanno a integrarsi. Riportare al centro la persona, i suoi sistemi di vita e di relazione entro la quale essa si forma e si sviluppa, tentare di ricomporre un quadro organico dei suoi bisogni e delle sue risorse, definire, insieme a essa e ai vari soggetti coinvolti, gli obiettivi e gli interventi per un miglioramento della qualità della vita, appaiono tutte coordinate coerenti con quello che è il mandato istituzionale dei servizi sociali e sanitari.

Lo strumento utilizzato nello studio Risc per la gestione dei progetti personalizzati, sia nella sua impostazione metodologica sia poi anche nella sua funzionalità tramite il software S-P (Canali C., Vecchiato T., 2008), è apparso - nel sen-

Progetti
personalizzati

⁵ Assistente sociale specialista, Uos minori e famiglie, Società della salute Valdarno Inferiore, Pisa.

so di cui si diceva sopra - completo, dettagliato, capace di fare sintesi tra la situazione problematica, la rete personale e dei servizi, la valutazione del problema, la definizione degli obiettivi, le azioni di sostegno e la misurazione dell'efficienza e dell'efficacia delle stesse. La struttura del software nello specifico riproduce le fasi del lavoro per progetti personalizzati secondo i seguenti ambiti:

- la raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia;
- l'analisi della situazione della persona e della sua famiglia, approfondendo gli aspetti sanitari, sociali e personali;
- la definizione del problema sul quale intervenire;
- la predisposizione del progetto personalizzato e del piano operativo;
- la verifica e la valutazione di efficacia del piano operativo.

Il software permette altresì, tramite lo schema polare, di riprodurre graficamente il processo di intervento nel suo sviluppo temporale, fornendo una modalità di lettura immediata e generale, ma anche analitica e comparativa della situazione e sulla sua evoluzione.

Ogni bambino ha diritto alla propria famiglia

Nondimeno lo studio Risc offre l'opportunità di applicare lo stesso protocollo per la presa in carico al genitore carente/maltrattante, affinché, con lo stesso logica d'intervento personalizzato, sia possibile agire in maniera preventiva e riparativa riguardo ai fattori interni alla famiglia che determinano i rischi nello sviluppo del bambino.

La famiglia, prevalentemente intesa come «luogo degli affetti», vede oggi attribuire al bambino un maggiore spazio psicologico rispetto al passato: egli non è solo oggetto di cure materiali e di «protezione», ma è soggetto, persona, con un'individualità specifica e quindi anche con esigenze e attitudini personali che devono essere recepite e assecondate dalla normativa. Anche l'immagine della funzione educativa dei genitori è cambiata. Non ci si aspetta più tanto che essi siano soprattutto trasmettitori di norme e di valori, quanto piuttosto che essi siano in grado di soddisfare le esigenze affettive e di crescita dei bambini e degli adolescenti e i loro diritti a vedere riconosciuta la loro individualità specifica già nella fase evolutiva.

La concezione di un bambino che fin dalla nascita è in grado di sollecitare e gestire relazioni interpersonali rimanda a una sua partecipazione attiva ai rapporti che stabilirà con i suoi interlocutori e quindi alle stesse modalità del suo allevamento. Si parla così di adulti che allevano piuttosto che di genitori, assumendo che questi ultimi sono tali, ma non automaticamente e che altri possono assumerne le funzioni se corrispondono ai bisogni cognitivi oltre che affettivi del bambino (Dell'Antonio A., 1999, pp. 7-9).

La domanda ricorrente per chi si occupa di tutela minorile ai vari livelli è spesso la seguente: cosa fare quando un bambino sta male nella sua casa, proprio per le inadeguatezze di uno o entrambi i suoi genitori? I numerosi studi in materia, nonché prassi operative che si stanno consolidando da tempo nei vari servizi, riconoscono come indispensabili, accanto agli inevitabili interventi di tutela a protezione del bambino, i necessari interventi di valutazione e recupero

Il minore
e la propria
individualità

delle capacità genitoriali. Diversamente verrebbe tradito il mandato istituzionale per cui ogni bambino ha il diritto di crescere ed essere educato nella propria famiglia (diritto ribadito dall'art. 1 della legge 4 maggio 1983, n. 184, come modificata dalla legge 28 marzo 2001, n. 149). Tutelare un bambino richiede di non cadere nella mera colpevolizzazione dei genitori ma, anzi, richiama i vari operatori coinvolti a sollecitare in mamma e papà percorsi di responsabilizzazione, consapevoli che per il minore non esiste luogo migliore per crescere che quello di casa sua e della sua famiglia, non appena siano garantiti o ripristinati standard di vita accettabili.

Per una famiglia che «funziona male» e danneggia i propri figli, gli interventi a tutela del minore si risolvono quindi in una tutela della stessa famiglia. Le permettono infatti, tutte le volte che innescano un cambiamento positivo, di tornare a essere ciò per cui una famiglia ha ragione di esistere: un luogo di affetto, benessere e crescita per tutti i propri membri (Ghezzi D., Vadilonga F., 1996, pp. 21-24). Rispetto quindi alla funzione di controllo dei servizi sociali, la tutela del minore non è giustificata solo da criteri morali né è conseguenza della verifica di una «colpa» dei genitori, ma ha valore in sé e deve essere compiuta in base alla valutazione, il più possibile oggettiva, della situazione relazionale in cui il minore vive e delle caratteristiche familiari, più o meno «rischiose» a livello dell'attuazione dei diritti dei minori, così come sono richiamati nella legislazione nazionale e internazionale, in particolare per quanto riguarda la possibilità che il minore sviluppi tutte le sue potenzialità in modo autonomo e creativo (Barbero Avanzini B., 2003, pp. 20-21).

Il coraggio di scommettere su ciò che c'è, anche se non si vede

Di particolare interesse per chi scrive è apparsa all'interno del protocollo Risc, la sezione dedicata alla valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita del bambino. Lo studio propone l'utilizzo di una sorta di mappa dei soggetti e delle risorse che rappresenta la distribuzione e la natura delle responsabilità presenti nello spazio di vita del bambino (Vecchiato T. e altri, 2009). Gli operatori dei servizi sociali - specialmente coloro che sposano approcci operativi legati al lavoro sistemico-relazionale, di rete, di comunità ecc. - sono soliti mappare la rete dei soggetti che possono sostenere percorsi di cambiamento all'interno di un progetto di aiuto. Il valore aggiunto che il protocollo Risc presenta è la capacità di «pesare» soggetti e risorse, non solo quelli attualmente presenti, ma anche quelli potenziali, i quali - se attivabili - possono contribuire a far raggiungere una certa efficacia all'intervento.

La sperimentazione ha ampiamente dimostrato, confortando quanto il «senso comune» faceva già presumere, che i bambini dello studio manifestano elementi maggiori di sofferenza e di rischio proprio nell'area socio-ambientale e relazionale, con sistemi di responsabilità carenti o quasi inesistenti (Canali C., Vecchiato T., 2010). Niente di nuovo, si dirà: è ovvio che se un bambino è a rischio e sta male, questo sia dovuto soprattutto alle carenze della sua rete relazionale. Ma il passaggio da tale acquisizione (e da tale, spesso rassegnata, constatazione) alla volontà di modificare la situazione non è scontato. Troppo spesso gli operatori, e anche gli amministratori, si soffermano sulle lamentele in ordine alla scarsità di risorse, alla carenza di reti solidali, a un sistema costretto

Non fermarsi alle lamentele

a fronteggiare quasi solo urgenze quotidiane. Troppo poco si ha il coraggio di partire da ciò che c'è (e anche da ciò che c'è ma non si vede) per avviare dei percorsi di cambiamento. Così è stato anche per chi ha svolto la sperimentazione del protocollo Risc: siamo più inclini a vedere i problemi (e a vederne tanti) che non le potenzialità. Il protocollo offre un buon supporto in tal senso, costringendo a valutare anche le potenzialità latenti che possono essere opportunamente sollecitate a entrare sulla scena del progetto di aiuto, sia in termini di soggetti che vogliono farsi carico dei problemi in termini di condivisione, partecipazione, valutazione degli stessi, sia in termini di risorse (soggetti che pur non assumendo un ruolo decisionale, agiscono in quel contesto - o possono farlo - contribuendo praticamente al raggiungimento degli obiettivi).

Una scelta di campo corretta dal punto di vista normativo e deontologico

Durante la sperimentazione e nella fase di verifica chi scrive ha apprezzato - in linea con quanto già espresso nel paragrafo sulla metodologia dell'intervento personalizzato - il valore culturale del protocollo Risc avvalorante quanto già contenuto nella normativa e nella deontologia afferente alle professioni di aiuto (mi riferisco in particolare al Codice deontologico degli assistenti sociali).

Per fare solo alcuni accenni, si pensi in particolare alla legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, in cui al comma 1 dell'art. 16 si afferma - tra l'altro - come «il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie nella formazione e nella cura della persona, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale».. Concetto ribadito, per rimanere in Toscana (dove chi scrive lavora), dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41, «Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale», che al comma 1 dell'art. 15 afferma che «(...) il sistema integrato, attraverso le politiche, gli interventi e i servizi di cui all'articolo 52: a) valorizza e sostiene il ruolo essenziale delle famiglie nella formazione e cura della persona durante tutto l'arco della vita, nella promozione del benessere e nel perseguimento della coesione sociale; (...)». E ancora al comma 1 dell'art. 53 recita: «Le politiche per i minori consistono nell'insieme degli interventi e dei servizi volti a garantire al minore la protezione e le cure necessarie per il suo benessere, e a promuoverne il pieno e armonico sviluppo psicofisico, l'educazione e la crescita in un idoneo ambiente familiare e sociale». Parimenti, si faccia riferimento ai commi sesto e settimo del titolo II del Codice deontologico degli assistenti sociali: «6. La professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nel processo di cambiamento, nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire e affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione. 7. L'assistente sociale riconosce la centralità della persona in ogni intervento. Considera e accoglie ogni persona portatrice di una domanda, di un bisogno, di un problema come unica e distinta da altre in a-

Riferimenti
legislativi
e deontologici

nalogue situazioni e la colloca entro il suo contesto di vita, di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico».

In sostanza, pare che lo studio Risc e il relativo protocollo per la presa in carico possano risultare un concreto strumento, in linea con i dettati della normativa, per tentare di raggiungere risultati maggiormente efficaci nel campo della tutela minorile e del sostegno alle famiglie, valorizzandone i singoli componenti e le loro relazioni.

Strumento
in linea con
la normativa

Il protocollo Risc: alcuni valori aggiunti rispetto al lavoro ordinario dei servizi

Senza entrare nel merito di ogni singolo aspetto del protocollo, si evidenziano di seguito alcune parti di esso che sono risultate, secondo chi scrive, funzionali agli obiettivi del progetto e di utile diffusione per la pratica operativa.

Analisi di valutazione del rischio

Seppur elemento preliminare all'attuazione del protocollo, essa ha permesso di definire con modalità accurata e con una visione globale quando un bambino può definirsi a rischio di allontanamento. Peraltro dalla sperimentazione è emersa, come elemento significativo, la correlazione positiva tra difficoltà dei genitori e difficoltà dei bambini, fattore questo che stimola a indirizzare gli sforzi operativi verso una presa in carico globale della famiglia problematica e non solo del singolo componente disfunzionale.

Utilizzo di test e scale di valutazione per bambini e adulti

La volontà di affidarsi a dei test e a delle scale per la valutazione della condizione del bambino nei vari ambiti del suo sviluppo (cognitivo-comportamentale, funzionale-organico, socio-ambientale e relazionale) appare una scelta che dà maggior oggettività nella valutazione, una misurabilità, una confrontabilità a livello di lavoro integrato tra diversi professionisti.

Analisi dei soggetti e delle risorse

Di ciò si è già ampiamente riflettuto in precedenza. Si ribadisce che per gli operatori tale sezione del protocollo risulta di primaria importanza, perché assume il ruolo di «cuore pulsante» del progetto di aiuto, che può aumentare o rallentare la sua funzionalità in base alla capacità di valorizzare professionalità, integrazione tra le stesse, «buone» relazioni familiari e della rete sociale, nonché di investire e scommettere su quei soggetti e su quelle risorse che, seppur potenziali, risultano inesprese.

Lo schema polare

Una riproduzione grafica che dà immediatamente il senso della globalità dell'intervento e, al contempo, permette valutazioni in ordine agli elementi maggiormente compromessi, ovvero maggiormente capaci per affrontare il problema. Lo stesso schema polare ha il vantaggio di essere poi una risultante sintetica di diversificati apporti professionali (assistente sociale, psicologo, educatore ecc.).

Tale lavoro di sintesi spesso non è prassi comune. Si pensi - solo per fare un esempio - al fatto che ciascun professionista produce personali valutazioni che trovano raramente momenti di elaborazione congiunta di fronte ai procedimenti di tutela avviati dalla magistratura minorile. Infine, lo schema polare permette, per il tempo di utilizzo del protocollo, di valutare il miglioramento o il peggioramento nei vari settori di sviluppo della persona in maniera analitica e comparativa.

Misurazione dell'efficacia degli interventi socioassistenziali e di tutela

Tale possibilità è del tutto innovativa rispetto alla prassi ordinaria del lavoro dei servizi (o, comunque, poco sviluppata). Siamo soliti fermarci a dati di output, quantitativi, relativi al numero dei minori in carico, al numero delle prestazioni ecc. (e anche le rilevazioni statistiche regionali o provinciali si soffermano su tali tipi di informazioni). Il chiederci invece se l'intervento ha raggiunto l'obiettivo atteso (non quindi quanto abbiamo fatto, ma che ricaduta ha avuto ciò che è stato fatto) permette una verifica corretta del processo di intervento e anche un'opportuna rimodulazione delle strategie di azione. Gli operatori troppo frequentemente si accontentano invece di avviare dei processi di intervento non distinguendoli dagli esiti finali (per cui vale il fatto che l'importante è fare qualcosa, spinti anche dall'emergenza, non importa poi se questo funziona o meno).

Possibilità di valutare il rapporto tra costo e efficacia dell'intervento

Un'ulteriore potenzialità del protocollo permette di rapportare il costo reale delle prestazioni, le cui varie tipologie sono previste nell'albero dei Lea (livelli essenziali di assistenza), con il livello di efficacia raggiunto dal progetto. Tale indicatore, oltre che utile per lo sviluppo del progetto di intervento, appare rilevante per gli aspetti amministrativi e di gestione delle risorse dedicate.

Condivisione di informazioni e collaborazione tra professionisti diversi

È un tema cruciale nel campo della tutela minorile, ma non solo. Il fatto di poter utilizzare uno stesso protocollo e uno stesso software potrebbe permettere a professionisti diversi di superare l'ordinaria fatica di trovare quello spazio fisico, ma anche operativo, per far convogliare le proprie valutazioni e definire congiuntamente un piano di intervento.

Alcune criticità che possono esistere in potenzialità

Alla luce della sperimentazione e sulla scorta delle riflessioni conseguenti, si delineano alcune criticità che il protocollo Risc porta con sé, elementi su cui merita porre altrettanta attenzione, al fine di non dissipare le non infinite risorse dei servizi.

Il protocollo Risc obbliga gli operatori a ragionare insieme. Se tale prospettiva, come si accennava sopra, è auspicabile, la realtà dei servizi non sempre facilita tale prassi operativa. La mancanza dello psicologo (o comunque delle professioni sanitarie) depotenzia notevolmente l'efficacia del protocollo, proprio per la tipologia di utenza cui è rivolto e specialmente se applicato al genitore disfunzionale. Tale tematica, al di là del protocollo Risc, è quanto mai attuale

nei servizi di tutela minorile: non è sufficiente mettere in protezione un bambino, occorre lavorare, per quanto possibile, sul genitore maltrattante favorendo un possibile recupero delle sue funzioni accuditive e relazionali. Sappiamo quanto su questo versante risultino indispensabili (oltre alle valutazioni proprie del «sociale») gli apporti di servizi quali la psicologia, la psichiatria, i servizi per le dipendenze.

Il protocollo Risc richiede del tempo per il suo utilizzo. Come dimostrato dalla sperimentazione, un'accurata applicazione del protocollo ha favorito il miglioramento significativo di alcune situazioni. Ciò ha richiesto ovviamente una certa «intensità» di lavoro e progettazione per gli operatori coinvolti, sia nella fase della formazione e conoscenza dello strumento sia nella fase successiva dell'applicazione. Sapranno i servizi che intendono adottarlo e svilupparlo non relegarlo nell'ennesimo angolino delle buone prassi, presi come sono dalle urgenze quotidiane e dai non leggeri carichi di lavoro?

Il protocollo Risc richiede che l'operatore adotti nel lavoro quotidiano uno strumento informatico. Può sembrare una criticità irrilevante, ma in alcuni contesti ha rallentato i tempi della sperimentazione, sia per la strumentazione a disposizione sia per la ritrosia propria degli operatori dei servizi sociali a digitalizzare la cartella sociale.

Il protocollo necessita di una documentazione strutturata e regolare. Così come le cartelle sociali cartacee mal tenute (prive di dati, di diario, di ordine ecc.) poco sostengono nella definizione dei progetti di intervento, parimenti il protocollo Risc risulta poco efficace se non viene costantemente «alimentato» e aggiornato.

Tempo e
intensità del
lavoro

RISC: UN'OPPORTUNITÀ PER I SERVIZI?

Gaia Di Bartolomeo, Francesco Lucchi⁶

Il presente contributo descrive l'esperienza di un gruppo di assistenti sociali dell'Area famiglia e infanzia di Cesena svolta nell'ambito del progetto sperimentale di ricerca Risc, che ha coinvolto sei regioni italiane, nel periodo 2010-2011.

Nella prima parte verrà introdotto il recente ritiro delle deleghe all'Ausl della tutela minori per spiegare che l'interesse verso lo strumento operativo oggetto del progetto di ricerca non è puramente teorico, ma si lega a esigenze operative contestualizzate in una precisa cornice organizzativa e a un'idea precisa di quale tipo di tutela dell'infanzia si vuole offrire. Nella seconda parte vengono riportate le riflessioni e suggestioni del gruppo di lavoro a seguito dell'utilizzo pratico dello strumento.

Dal macro al micro: il ritiro delle deleghe e le ricadute sul lavoro quotidiano degli operatori

La scelta del ritiro delle deleghe e la creazione dell'area unica «Famiglie e infanzia» ha significati e motivazioni che vanno oltre la sola razionalità organizzativa. Sottende l'intenzione di non distinguere in due luoghi separati i compiti di prevenzione e sostegno da una parte e di tutela dall'altra. Infatti, se si considerano i modelli organizzativi adottati dagli enti locali, nel momento in cui hanno deciso di riprendere la gestione diretta del servizio tutela minori, si possono individuare due direzioni prevalenti, così come le ha efficacemente esposte Teresa Bertotti (2010).

Da una parte ci sono (a) servizi per la tutela «in senso stretto» che adottano «un modello organizzativo che ricalca ruoli e funzioni dei servizi gestiti dalle Ausl» (ibidem). Sono caratterizzati da un accesso obbligato dell'utenza su mandato dell'autorità giudiziaria, quindi incontrano la famiglia per la prima volta quando è già stata valutata da un soggetto terzo la presenza di un rischio evolutivo in capo al minore. La presa in carico in questi servizi attiene solitamente a un'équipe multidisciplinare che svolge la valutazione in termini di accertamento del danno, di controllo e attiva percorsi personalizzati di tutela. Queste caratteristiche comportano a priori una distribuzione del potere marcatamente asimmetrica nella relazione tra chi valuta e chi è valutato. Il punto di forza di questi servizi è la possibilità di gestire situazioni particolarmente complesse in cui è presente nelle famiglie una forte componente di violenza e distruttività. I punti critici sono i rischi di autoreferenzialità e iperspecializzazione.

Dall'altra parte ci sono (b) i servizi per la tutela «in senso ampio» che invece assumono «sia le funzioni di tutela di minori sia di supporto alla famiglia prevedendo un loro impegno verso la generalità della popolazione, senza distinguere tra situazioni con decreto del tribunale da situazioni senza decreto e

Tutela minori,
due direzioni

⁶ Assistenti sociali, area minori famiglia, gestione associata servizi sociali Cesena Valle Savio.

prevedono un loro intervento sia in un contesto giudiziario che volontario» (ibidem). L'accesso al servizio da parte dell'utenza avviene quindi in modo spontaneo, semi-spontaneo o obbligato, conseguentemente gli interventi proposti non sono solo di risposta al mandato giudiziario, ma anche di tipo socio-assistenziale, socioeducativo, di consulenza sociale o di sostegno economico.

Questa caratteristica dei servizi di tipo (b) rappresenta sia il loro punto di forza che il loro aspetto critico. Punto di forza perché l'«ampia definizione dell'oggetto lavoro» consente di intercettare situazioni critiche «nuove» (nuove povertà, problematiche dell'immigrazione, difficoltà di inserimento sociale ecc.) e i segnali di disagio presenti nelle relazioni familiari, prima che sfocino in patologia o danno. In quest'ottica il servizio sociale può svolgere un lavoro di prevenzione, ponendosi come mediatore tra i diversi bisogni, mantenendo un ruolo di vigilanza e tutela dei diritti dei bambini e mettendo in campo i supporti più adatti per evitare la polarizzazione tipica dei contesti giudiziari. I vantaggi si evidenziano anche nella distribuzione del potere nella relazione tra famiglia e servizio, che è sempre caratterizzata da asimmetria, ma modulabile nel tentativo di coinvolgere l'utenza al progetto d'aiuto (ibidem).

Gli aspetti critici dell'ampio mandato di intervento che caratterizza il modello (b) sono: il rischio che i servizi siano sommersi dalla vastità delle problematiche intercettate e che quindi venga appiattito il ruolo dell'assistente sociale a semplice attivatore/smistatore di interventi. Infine, quello di non avere sufficienti competenze per la gestione di situazioni più complesse e la conseguente frammentazione degli interventi, che si disperdono tra i professionisti coinvolti. Infatti, anche i servizi per la tutela «in senso ampio» adottano un lavoro d'équipe (costituita dall'assistente sociale del comune, dallo psicologo e/o educatore), però i vari professionisti sono solitamente inquadrati in enti diversi, con conseguenti complicazioni sull'integrazione operativa.

Il Comune di Cesena, nella sua riorganizzazione dei servizi sociali, provenendo da un modello simile al tipo (a), quando erano vigenti le deleghe all'Ausl, si è indirizzato verso la tipologia operativa di tipo (b), in un'ottica di prevenzione e intercettazione di bisogni, oltre che di trattamento delle difficoltà.

Entrambe le scelte a disposizione erano lecite e potenzialmente funzionali, ma è chiaro che non è stato sufficiente ridisegnare un organigramma per ottenere dei cambiamenti a livello di cultura organizzativa e professionale. Il modello (b), come si evince dalla descrizione fatta sopra, richiede all'operatore sociale la capacità di padroneggiare diversi stili di relazione per entrare in contatto con realtà eterogenee e offrire delle risposte il più possibile «partecipate», ma non può più contare sul rapporto diretto tra i vari professionisti dell'équipe multidisciplinare, punto forte del modello (a).

In sostanza questo cambiamento organizzativo per poter funzionare effettivamente deve essere accompagnato da un ripensamento dei supporti di cui deve disporre l'operatore sociale (quali, per esempio, la supervisione o la possibilità di potersi avvalere di un'équipe di secondo livello per quelle situazioni complesse che solitamente l'operatore fatica a gestire in autonomia) e sugli strumenti professionali che utilizza quotidianamente. Tra gli strumenti e i compiti principali dell'assistente sociale ricopre un ruolo centrale la valutazio-

Vantaggi
e criticità

ne, che nelle normative e nella letteratura di servizio sociale assume molteplici valenze.

Quale valutazione serve all'assistente sociale?

A livello normativo si possono trovare innumerevoli richiami alla valutazione: a partire dalla riforma dei servizi sociali del 2000⁷ passando per il decreto attuativo del 2001⁸ relativo all'integrazione sociosanitaria, fino ad arrivare alla Regione Emilia Romagna con la legge regionale 12 marzo 2003 n. 2⁹ e la legge regionale 28 luglio 2008 n. 14¹⁰ «Norme in materia di politiche per le giovani generazioni», solo per citare alcune delle norme più significative.

In letteratura, di pari passo con la produzione normativa, si riscontra un crescente sforzo di elaborazione teorica sul tema della valutazione. Valutazione delle politiche, dei servizi o dei singoli interventi, valutazione ex ante o ex post, con l'utilizzo di indicatori indiretti o partecipata. Tra le varie classificazioni è significativa quella che individua due tipologie: valutazione come apprendimento (learning) e valutazione come rendicontazione (accountability)¹¹. Rientrano nella seconda tipologia le valutazioni di ordine amministrativo finalizzate a dare trasparenza all'azione pubblica e a legittimare la spesa. In una fase di crisi economica, in cui cresce l'attenzione dei decisori politici e dell'opinione pubblica verso l'uso delle risorse, questo tipo di valutazioni sta assumendo sempre più importanza. Un altro motivo di interesse della politica per la rendicontazione degli interventi socioassistenziali e sociosanitari è legata alla pro-

Diversi tipi di valutazione

⁷ Legge 8 novembre 2000 n. 328, art. 1 comma 3: La «programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» si fonda sui principi di «efficacia, efficienza ed economicità». E art. 3 comma 1: «Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria e integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere».

⁸ Decreto del presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie» in Gazzetta ufficiale n. 129 del 6 giugno 2001, art. 4 comma. 3: «Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti. La regione emana indirizzi e protocolli volti a omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi e omogenei a livello territoriale».

⁹ Art. 7 comma 4: «Al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai programmi assistenziali individualizzati è indicato il responsabile del caso». E comma 5: «La giunta regionale definisce con proprio atto l'organizzazione degli sportelli sociali, gli strumenti tecnici di valutazione e controllo dei programmi assistenziali e le modalità di individuazione del responsabile del caso». E in particolare l'art. 52: «Valutazione dei servizi nell'ambito dei Piani di zona»: «I comuni valutano, nell'ambito dei Piani di zona, l'efficacia e l'efficienza dei servizi, degli interventi e dei risultati conseguiti. Tale valutazione si realizza con il coinvolgimento degli utenti e dei soggetti che partecipano ai Piani di zona».

¹⁰ Art. 4 comma 1: «I comuni, in forma singola o associata, in quanto espressione della comunità come insieme di soggetti individuali e collettivi che la compongono, all'interno della programmazione del piano distrettuale per la salute e il benessere sociale di cui all'articolo 29 della legge regionale 12 maggio 2003, n. 2 («Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»), svolgono le funzioni di lettura dei bisogni, di pianificazione, programmazione ed erogazione diretta o indiretta dei servizi e degli interventi, nonché di valutazione qualitativa e quantitativa dei risultati».

¹¹ Voce «valutazione» in Dal Pra Ponticelli (2005).

spettiva federalista. Infatti, è prevedibile in futuro una serrata negoziazione tra lo stato centrale e le autonomie locali (soprattutto quelle più povere) per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e delle modalità di verifica del loro effettivo riconoscimento ai cittadini.

La valutazione come apprendimento, invece, è finalizzata alla conoscenza e diventa preponderante nella ricerca scientifica, ma anche nell'implementazione dei progetti operativi predisposti dagli operatori. La metodologia del lavoro per progetti prevede infatti il ricorso sistematico alla valutazione sia nel momento della definizione dell'area obiettivo, sia in itinere per aggiornare le ipotesi iniziali in base all'implementazione dell'intervento, sia in conclusione per comprendere se sono avvenuti i cambiamenti auspicati o se è necessaria una nuova definizione del problema.

La ricerca teorica però, se da una parte ha individuato le caratteristiche e i principi che sottendono l'esercizio della valutazione, d'altro canto non è ancora approdata alla definizione di strumenti operativi utili per gli operatori sociali soprattutto nel campo degli interventi a favore delle famiglie con minori.

La necessità di strumenti efficaci nel lavoro quotidiano è alla base dell'interessamento delle assistenti sociali dell'Area famiglia e infanzia della Gestione associata del Distretto Cesena - Valle Savio per il progetto Risc. È un'esigenza cui non si può derogare se si considerano le tendenze del pensiero scientifico e delle politiche di intervento a favore dell'infanzia degli ultimi trent'anni circa. Secondo queste tendenze, avallate da importanti studi internazionali (Thoburn J., 2003) e dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia di New York¹², occorre fare tutti gli sforzi possibili per evitare l'allontanamento dei minori dalla famiglia di origine.

La più recente riflessione in Europa e nel nostro paese è consapevole della necessità di ricercare nuove soluzioni per garantire una più efficace tutela dei bambini e ragazzi che vivono situazioni di rischio. È infatti necessario chiedersi se quanto viene realizzato è appropriato, se è collegato ai bisogni, se non produce dipendenza assistenziale, se non allontana la possibilità di interventi più efficaci (Protocollo presa in carico, Fondazione Zancan, novembre 2009).

Carenza
di strumenti
operativi

Risc come strumento operativo di lavoro

In un'ottica di prevenzione e intercettazione delle situazioni familiari dei minori a rischio, in particolar modo soffermandoci su quelle appena descritte, il servizio sociale di Cesena ha accolto la proposta della Fondazione Zancan per la prima sperimentazione nazionale Risc, allo scopo di applicare uno strumento di prevenzione attraverso il diretto coinvolgimento dell'utente e spostando l'attenzione degli operatori dagli strumenti di rilevazione del danno già presenti e utilizzati nei vari contesti lavorativi.

Cesena è stata scelta quale rappresentante per la regione Emilia Romagna del «gruppo di controllo», ovvero limitandosi a utilizzare lo strumento nella prima parte, quella in cui viene effettuata la valutazione multifattoriale. Completato il caricamento dei dati relativi alla valutazione, gli operatori hanno proseguito nell'intervento mantenendo la metodologia consueta. A distanza di tre mesi

Gruppo
di controllo
e sperimentale

¹² Approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge del 27 maggio 1991, n. 176.

circa hanno ripetuto la valutazione per verificare gli esiti degli interventi attuati. In totale sono state effettuate tre valutazioni (T_0 , T_1 e T_2). All'Asp di Langhirano, invece, è stato assegnato il compito di «gruppo sperimentale», una volta effettuata la valutazione multifattoriale agli operatori di questo servizio è stato chiesto di attenersi alla metodologia del programma di ricerca anche nelle fasi di progettazione e attuazione degli interventi.

Risc ha l'obiettivo di valutare lo spazio di vita delle persone anche nelle dimensioni relazionali e socioambientali, con strumenti di valutazione appropriati, definendo mappe descrittive della situazione del bambino e della famiglia nella loro globalità (Canali C., Vecchiato T., 2011). L'osservazione dei movimenti evolutivi del progetto attivato sulla famiglia durante il tempo di presa in carico, permette di misurare il buon andamento del lavoro svolto dagli operatori o al contrario di modificarne le decisioni.

Questa esperienza ha portato il gruppo di lavoro a compiere riflessioni utili e direttamente applicabili all'operato quotidiano. Spostare lo sguardo «dalla riparazione del danno alla valorizzazione delle risorse familiari» significa, per i servizi, aiutare le famiglie senza sostituirle, affiancarle mettendo in atto strumenti professionali affinché ne aumentino le risorse interne e le competenze. Significa coinvolgerle nel loro percorso di crescita.

Uno degli aspetti che più si evidenzia nel lavoro quotidiano degli operatori è che è sempre più difficile delineare i confini di «normalità» all'interno di una famiglia (che convenzionalmente viene associata al concetto di omogeneità e armonia), questo perché le famiglie sono unità dinamiche (Fruggeri L., 2011). Sono sollecitate a riorganizzare ripetutamente i loro rapporti in termini di ruoli, regole, confini (...) nel corso della loro storia attraversano fasi di transizione che le portano ad adattarsi a nuove condizioni interne ed esterne, a eventi attesi o imprevedibili. Tutto ciò lascia tracce significative al suo interno e ha un'inevitabile ripercussione nella vita del nucleo familiare e tra le relazioni dei suoi membri. In questi contesti solitamente gli operatori tendono a leggere fattori di rischio che causano fragilità al tessuto familiare e ne aumentano la vulnerabilità.

In generale, non esiste più il dualismo tra famiglia «patologica» e famiglia «normale», ma esistono piuttosto processi familiari la cui qualità «dipende non tanto dall'assenza di conflitti, ma dal modo in cui gli stessi vengono affrontati, non tanto dall'assenza di disagio o sofferenza, ma da come gli stessi vengono affrontati, non tanto dai modelli normativi, ma dalle modalità con cui ogni famiglia utilizza le proprie risorse per adempiere alle proprie funzioni (ibidem). Di fronte a un panorama così variegato di stili familiari, pertanto, gli operatori si trovano a lavorare utilizzando lenti diverse per mettere a fuoco il problema e riuscire poi a offrire un percorso di aiuto mirato alle esigenze della singola famiglia.

Nell'esperienza pratica della valutazione sperimentale Risc ogni operatore ha dovuto necessariamente dedicare un tempo maggiore alla conoscenza della situazione esaminata e alle riflessioni che man mano ne sono emerse, per riuscire a tradurre il pensiero in ipotesi di lavoro. Seguire una famiglia che si rivolge al servizio in un momento di fragilità significa dedicarle una maggiore attenzione in tempo più ampio che si traduce in un numero maggiore di collo-

Famiglia
«patologica»
e «normale»

qui, di visite domiciliari, di confronti in itinere, in una relazione che si dilata e prende spessore perché aumenta lo spazio di ascolto. In questo senso, pur permanendo la caratteristica asimmetria della relazione, i confini tra le due parti si fanno più fluidi e più funzionali all'applicazione del progetto d'aiuto.

Ci si è resi conto che non è abitudine di tutti gli operatori rivolgere ai genitori domande sulla quotidianità, come ad esempio se sono soliti raccontare una favola al figlio prima di metterlo a dormire o quando è stata l'ultima volta che lo hanno portato al parco a giocare. Entrare in questa dimensione aiuta a far emergere e valorizzare gli aspetti di funzionalità della famiglia e non sottolineare solo aspetti di mancanza o di rischio. Da questa prospettiva è possibile conoscerne lo stile di funzionamento (Walsh F., 2011).

Il monitoraggio sistematico delle situazioni analizzate nel tempo di sperimentazione ha consentito di svolgere una valutazione partecipata. Questo perché lo strumento prevede l'utilizzo di scale con il diretto coinvolgimento dei genitori (che in alcuni casi possono auto-compilare).

Nello schema polare, Risc permette di visualizzare il percorso di presa in carico attraverso la registrazione dei dati in vari tempi del percorso ($T_0, T_1...T_n$) e di vederne l'evoluzione (in positivo o in negativo), anche se i cambiamenti sono stati lievi. Il gruppo di lavoro lo ritiene utile e significativo perché consente di misurare concretamente il lavoro svolto, di utilizzare le informazioni ricavate e fermare l'attenzione sui diversi indicatori che compongono lo schema lavorando anche singolarmente su di essi. L'intervento diventa così più specifico e mirato e può essere modificato in tempi più rapidi (evitando di perdere concentrazione sulla situazione).

Un'altra riflessione riguarda il sistema delle responsabilità, che è senza dubbio lo strumento «più sociale» utilizzato nell'ambito della sperimentazione. Permette di misurare il grado di consapevolezza circa il progetto di sostegno sulla famiglia, non solo degli operatori che ne indirizzano i tempi e i modi, ma anche degli stessi soggetti interessati e di vederne graficamente l'evoluzione.

La prima applicazione di questa scala ha suscitato dubbi tra gli operatori e pareri discordanti. Secondo il gruppo di lavoro sarebbe opportuna una formazione ad hoc sullo strumento per consentirne un'applicazione più omogenea. È stato notato, infatti, che un uso solo intuitivo dello strumento porta a risultati difformi che invalidano la valutazione.

L'applicazione di Risc ha evidenziato anche riflessioni sulla necessità di una maggiore integrazione sociosanitaria ed educativa. Molte delle scale proposte per la compilazione dello strumento (quelle relative al minore) infatti, richiedono la partecipazione puntuale di diversi operatori (neuropsichiatria infantile, Centro salute mentale o Sert, personale educativo, pediatra ecc.). I tempi di verifica imposti dal progetto prevedono il lavoro sincronizzato delle diverse figure professionali: questo ha creato difficoltà a livello organizzativo per la mancanza di una puntuale collaborazione e la scarsa condivisione del progetto da parte dei colleghi. Quest'ultimo elemento sembra che possa essere superato in futuro, con un coinvolgimento più allargato allo strumento Risc anche alle agenzie sanitarie ed educative ecc.

Monitoraggio
sistematico

Sistema delle
responsabilità

Conclusione

Ripensando al titolo «Risc un'opportunità per i servizi?» con il quale il gruppo di lavoro ha caratterizzato il presente contributo, si può affermare che questa esperienza ha rappresentato un'opportunità che può avere un'applicazione sul lavoro professionale degli operatori sociali che si occupano di famiglia e della tutela delle relazioni familiari.

Il Comune di Cesena ha confermato la sua partecipazione alla seconda annualità della ricerca dove gli operatori sociali si troveranno a utilizzare la seconda parte dello strumento (diventando gruppo sperimentale), relativa alla valutazione dell'efficienza ed efficacia della presa in carico personalizzata.

L'AMBITO 33 E LA SPERIMENTAZIONE: ALCUNE RIFLESSIONI

Simona Sardini Di Febo¹³

La sperimentazione Risc parte dall'idea secondo cui la valutazione di efficacia (outcome) può dire se i bisogni e i diritti fondamentali di genitori e figli si incontrano con i servizi, con quali risultati, con quali indici di efficacia. In particolare, la valutazione di outcome si focalizza sulla verifica e valutazione dei benefici che le persone hanno ottenuto dall'aver fruito di servizi (sociali, sanitari, educativi).

La sperimentazione Risc, nell'ambito territoriale sociale 33 - area metropolitana pescarese, ha consentito di verificare se i bisogni delle famiglie trovano risposta nei servizi sociali, educativi e sanitari erogati. Gli operatori dell'ambito 33 coinvolti nella ricerca hanno individuato 10 famiglie multiproblematiche con figli minori e a rischio di istituzionalizzazione, che rispondevano ai criteri di inclusione previsti.

L'analisi del bisogno è stata effettuata con strumenti specifici relativamente a tre settori di osservazione: cognitivo-comportamentale, funzionale-organico, socioambientale e relazionale. I problemi e le potenzialità rilevate a T₀ per le 10 famiglie sono riportati in tabella 1. In particolare, sono evidenziati i problemi e le potenzialità che gli operatori hanno documentato sulla base delle misurazioni fatte.

Tab. 1 – Citazioni estrapolate dalla sintesi dei problemi e delle potenzialità indicati al tempo T₀

Citazioni relative al bambino		Citazioni relative ai genitori	
Problemi	Potenzialità	Problemi	Potenzialità
Ritardo cognitivo	Attività manuali e di tipo creativo	Disagio abitativo	
Disturbi emotivo-comportamentali	Molto intelligente	Disagio economico	
Difficoltà di comunicazione	Competenze a livello cognitivo e degli apprendimenti	Disabilità	
Comportamenti autolesionistici	Interesse per la natura.	Disagio sociorelazionale	
Problemi di igiene	Interesse per attività artistiche	Deboli competenze /Incapacità genitoriali	
Difficoltà di apprendimento	Interesse per attività multimediali	Depressione	
Chiusura emotiva		Alcolismo	
Reazioni irruente con gli adulti		Problemi di comunicazione in famiglia	
Abuso		Difficoltà di gestione educativa dei figli	
Poco autocontrollo		Disoccupazione	
Disturbo dell'attenzione		Trascuratezza	
Iperattività		Carente organizzazione familiare	
		Conflitti tra genitori	
		Isolamento sociale	
		Separazione conflittuale	

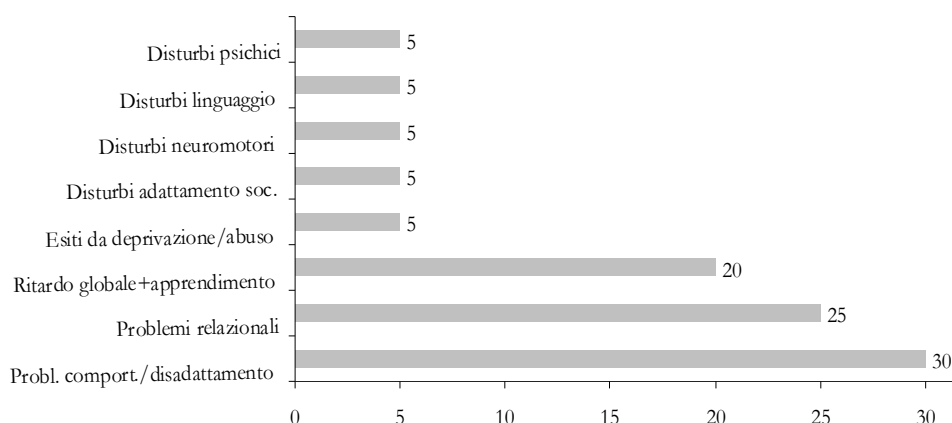
¹³ Sociologa, responsabile ufficio di piano, ambito territoriale sociale n. 33, area metropolitana pescarese, Pescara.

Poca attenzione alle potenzialità

Nella formazione all'utilizzo del protocollo è stata esplicitata l'importanza di indicare i problemi ma anche le potenzialità che emergono dalle valutazioni con gli strumenti. Tuttavia, per il gruppo di ricerca dell'ambito 33, così come per gli altri gruppi, è emerso che talvolta si guardano poco le potenzialità: l'attitudine all'osservazione riguarda maggiormente le aree problematiche.

I problemi riscontrati dagli operatori sui minori sono stati successivamente accorpate in categorie: problemi comportamentali (30%), relazionali (25%), ritardo globale e dell'apprendimento (20%), deprivazione/abuso (5%), disturbi dell'adattamento sociale (5%), disturbi neuro-motori (5%), disturbi del linguaggio (5%), disturbi psichici (5%). I problemi riscontrati sui genitori sono risultati: disturbi nei rapporti affettivi intrafamiliari (26%), problemi socioeconomici (22%), grave devianza della condotta familiare (17%), grave deprivazione socioculturale e/o esperienziale (13%), gravi problemi relazionali (13%), tossicodipendenze-alcolismo (9%).

Fig. 1 – Città Sant'Angelo, problemi del minore (citazioni macrocategorie)



A fronte dell'analisi delle situazioni delle 10 famiglie a T₀, gli operatori si sono posti gli obiettivi indicati nella tabella 2.

Tab. 2 – Obiettivi definiti per i minori al tempo T₀ e dopo 3 mesi (T₁)

Obiettivi per i minori definiti a T ₀	Obiettivi per i minori definiti a T ₁
Adeguare l'igiene personale	Migliorare la socializzazione e l'integrazione con i pari e con gli adulti
Maggiore cura di sé e del proprio corpo	Ridurre i comportamenti oppositivi
Migliorare la socializzazione e l'integrazione con i pari e con gli adulti	Potenziare l'autonomia personale
Migliorare l'integrazione scolastica	Raggiungere un livello di igiene adeguato
Ridurre i comportamenti oppositivi	Migliorare l'integrazione con i compagni
Potenziare le abilità relazionali	Favorire l'integrazione col gruppo dei pari
Potenziare le abilità cognitive	Stimolare la socializzazione e l'integrazione
Potenziare lo sviluppo del linguaggio	Potenziare le abilità relazionali
Potenziare la concentrazione e la memoria	Potenziare le abilità dell'area cognitiva e dell'apprendimento,
Ridurre i comportamenti oppositivi-provocatori e aggressivi	Potenziare le abilità fino-motorie
Ridurre i comportamenti autolesionistici	Potenziare le abilità linguistiche

Obiettivi per i minori definiti a T ₀	Obiettivi per i minori definiti a T ₁
Elaborare il lutto	Potenziare la concentrazione e memoria
Controllare l'istintività	Ridurre i comportamenti oppositivi-provocatorci e aggressivi
	Ridurre i comportamenti autolesionistici
	Stimolare la partecipazione ad attività di socializzazione con il gruppo dei pari
	Maggiore cura di sé e del proprio corpo
	Diminuire i comportamenti autolesionistici
	Migliorare il rapporto con la scuola
	Elaborare eventuali violenze subite

Per raggiungere questi obiettivi è stato chiesto agli operatori di esplicitare i servizi messi in campo per i minori. L'assistenza domiciliare socioeducativa è quella più utilizzata, come emerge dalla tabella 3 che evidenzia i macro-livelli di intervento.

Tab. 3 – Macro-livelli di intervento/servizi

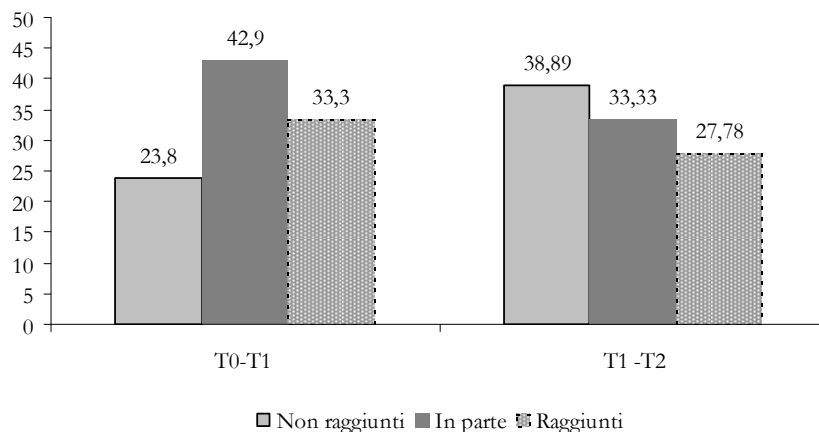
Piano operativo T ₀ -T ₁	Piano operativo T ₁ -T ₂
Assistenza domiciliare sociale (2 casi)	Assistenza domiciliare sociale (2 casi)
Assistenza domiciliare socio educativa (6 casi)	Assistenza domiciliare socio educativa (7 casi)
Attività di socializzazione (1 caso)	
Centro socioriabilitativo (3 casi)	Centro socio-riabilitativo (4 casi)
Sostegno socioeducativo scolastico (3 casi)	Sostegno socio educativo scolastico (3 casi)

Una parte importante della sperimentazione, che l'ambito 33 in parte già conosceva per precedenti ricerche svolte in collaborazione con la Regione Abruzzo e la Fondazione Zancan, è stata la definizione di fattori osservabili e misurabili che consentissero di evidenziare il risultato atteso (prima di attuare le azioni) e quello misurato (a distanza di tre mesi). La percentuale di raggiungimento completo dei risultati attesi è stata pari a 33,3% tra T₀ e T₁ e a 27,8% tra T₁ e T₂. Il raggiungimento parziale dei risultati attesi è avvenuto nel 42,9% dei risultati attesi tra T₀ e T₁ e nel 33,3% tra T₁ e T₂. Va anche evidenziato che alcuni risultati attesi non sono stati raggiunti, come evidenziato nella figura 2.

Per 8 dei casi seguiti, le famiglie hanno ottenuto benefici dall'aver fruito di servizi sociali, educativi, sanitari. Pertanto possiamo dire che nell'80% dei casi iscritti nella sperimentazione i servizi attivati hanno costituito risposta adeguata e rispondente ai bisogni delle famiglie. Nel restante 20% dei casi (cioè due famiglie) l'istituzionalizzazione del minore è stata l'unica soluzione possibile, poiché i servizi attivati non erano sufficienti a soddisfare i bisogni delle famiglie. È proprio su queste famiglie che vale la pena concentrare l'attenzione. Si tratta di 2 famiglie che presentavano i seguenti elementi di criticità: scarso interesse per il minore, dinamiche affettivo-relazionali familiari compromesse da troppo tempo a causa di disturbi emotivi, ritardo cognitivo e difficoltà di comunicazione dei genitori.

Al momento dell'inserimento dei casi nella sperimentazione Risc si era scelto di investire risorse per evitare l'istituzionalizzazione dei minori, poiché considerate soluzioni in grado di compromettere il benessere e il normale sviluppo del bambino stesso. Dopo 6 mesi è emersa l'efficacia degli interventi attivati dagli operatori, che la sperimentazione Risc ha consentito di verificare e misurare.

Fig. 2 – Percentuale di raggiungimento dei risultati attesi



Tab. 4 – Fattori osservabili individuati dal gruppo di ricerca dell'ambito 33 (estratto)

Fattori osservabili T₀-T₁

N. di volte a settimana che adotta comportamenti autolesionistici a scuola
N. di volte a settimana che il minore partecipa attivamente ad attività di socializzazione e integrazione proposte dagli educatori
N. di volte a settimana che partecipa attivamente ad attività di gruppo
N. di volte nella settimana che frequenta attività ricreative al di fuori della famiglia con l'educatore
N. di volte nella settimana che partecipa a giochi e attività strutturate con i ragazzi del vicinato
N. di volte che si mostra curato nell'abbigliamento
N. di volte a settimana che si lava in modo autonomo
N. di volte nella settimana che cura autonomamente la propria igiene personale
N. di volte a settimana che manifesta comportamenti problematici in presenza dell'educatore
N. di volte che ha comportamenti oppositivi nei confronti dei compagni di scuola
N. di volte a settimana che si apre al dialogo con lo psicologo
N. di volte in cui è capace di scrivere in corsivo nella settimana
N. di volte che riesce a svolgere dei compiti con una cadenza temporale stabilita dall'operatore
N. di volte nella settimana che in presenza dell'educatore non utilizza il linguaggio verbale per comunicare
N. di volte nella settimana che svolge autonomamente i compiti

Poiché diversi degli obiettivi posti per quelle famiglie non erano stati raggiunti nemmeno in parte, né tra T_0-T_1 né a T_1-T_2 nonostante l'investimento di risorse, l'équipe degli operatori coinvolti nei casi ha ritenuto opportuno procedere all'istituzionalizzazione dei minori al fine di non compromettere l'armonico sviluppo degli assistiti, già inficiati da dinamiche familiari negative di lungo corso. Quindi questi nuclei, alla fine della sperimentazione, non presentavano potenzialità da offrire al minore, bensì soltanto rischi e criticità: il riproporsi del circolo vizioso delle dinamiche familiari e il suo esponenziale peggioramento. La sperimentazione Risc ha consentito, pertanto, di verificare che nei due casi trattati l'istituzionalizzazione dei minori era inevitabile poiché, anche se soluzione più costosa per le amministrazioni comunali, era considerata la migliore per i minori.

È stato possibile, infatti, avere dati qualitativi e quantitativi a supporto delle decisioni prese, nonché osservare e misurare le conseguenze dell'operato dell'équipe multidisciplinare sui minori e sulle famiglie.

L'uso responsabile di risorse professionali e non solo può essere il punto di partenza per una nuova e più consapevole modalità di lavoro degli operatori e per una predisposizione ragionata di progetti personalizzati fondata sull'analisi costi/benefici tanto in termini di risorse che in termini di rischi/potenzialità delle famiglie.

RISC IN BASILICATA

Anna D'Andretta¹⁴

L'Ufficio Promozione Cittadinanza Solidale ed Economia Sociale, Sviluppo Servizi Sociali e Sociosanitari della Regione Basilicata che, fra l'altro, si occupa delle politiche minorili ha accolto favorevolmente nel 2008 la proposta del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali di sperimentare il progetto Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo (Risc) gestito della Fondazione Zancan.

La Regione Basilicata ha visto il progetto Risc come un'occasione per misurarsi con i problemi posti dalle situazioni familiari complesse, che sono sempre più numerose e che mettono in difficoltà i servizi pubblici sia per il costo sempre più elevato, sia per l'impatto sul sistema dei servizi sociali nell'allontanare i minori dalle proprie famiglie.

Al 01/01/2010 si registra una popolazione minorile di 99.063, pari al 16,82% dell'intera popolazione residente. Secondo i dati pubblicati dall'Istituto degli Innocenti, al 31/12/2007, i bambini allontanati dalle loro famiglie sono 2,3 ogni mille bambini e ragazzi residenti tra 0 e 17 anni. Il valore per l'Italia è 3,2 ogni mille. Gli allontanamenti dei minori dalle famiglie sono prevalentemente effettuati dal Servizio Sociale Comunale con decreto del Tribunale per i minorenni. Nel 2008 gli allontanamenti sono stati 306, di cui 193 presso strutture e 113 in affidamento, con una spesa di € 3.366.870,50.

La Regione, avendo sempre posto attenzione proprio ai minori che vivono situazioni di disagio e soprattutto a rischio di allontanamento, non avendo ancora un sistema di valutazione omogeneo sull'intero territorio, ha subito individuato due aree geografiche (la Città di Potenza e l'Ambito di Zona Basento – Bradano della Provincia di Matera) in cui sperimentare il progetto. D'altronde l'Ufficio interessato ha sempre attribuito valore prioritario alla sperimentazione per poi deciderne l'efficacia e/o la validità. Rispetto al modello Risc, l'importanza della sperimentazione preventiva riguardava da una parte la verifica della qualità, delle capacità e del funzionamento di un sistema di valutazione e dell'altra il poter pensare ad un modello replicabile in altre aree territoriali. La sperimentazione realizzata con due gruppi, uno con funzione di controllo e l'altro sperimentale, ha consentito di valutare l'efficacia e i punti critici del sistema.

La metodologia Risc che muove da una pre-valutazione della gravità della condizione di rischio del minore consente, poi, un'analisi del/i problema/i e una duplice valutazione. La prima concerne i bisogni del/i minore/i interessato/i, analizzando i seguenti settori: funzionale – organico, cognitivo – comportamentale, socio – ambientale e relazionale; la seconda rileva i bisogni della famiglia. Richiede la stesura di un piano personalizzato con l'individuazione degli obiettivi e di un piano operativo, nonché la ricerca di risorse di riferimento già in atto o potenzialmente trasformabili.

¹⁴ Funzionario Regione Basilicata, Dipartimento Salute.

Risc prevede, inoltre, un'analisi, una programmazione e una valutazione integrata dove i diversi attori, pubblici e/o privati, che si occupano dell'infanzia e dell'adolescenza devono collaborare per uno sviluppo globale ed armonico del/i minore/i.

L'eccezionalità di questa metodologia è rinvenibile nella valutazione di efficacia che non sempre i sistemi di valutazione comprendono. Di fatto Risc evidenzia l'evoluzione, la staticità o l'involuzione degli interventi e degli obiettivi programmati a breve e a lungo termine mediante l'individuazione degli indicatori. Da ciò scaturisce la misurazione degli interventi realizzati e del loro impatto, attribuendo, così, oggettività. La rappresentazione grafica del sistema polare, infine, sintetizza nei vari momenti di verifica e valutazione l'eventuale cambiamento. Risc effettua una valutazione quali quantitativa ed è mirato sugli esiti attesi del piano personalizzato, comparando i risultati attesi e quelli ottenuti e poi l'efficienza ed il processo.

Nella prima sperimentazione di Risc sono emersi in entrambi i gruppi della Basilicata criticità e punti di forza.

Le criticità riscontrate dal gruppo di controllo sono state relative alla selezione dei casi da includere e alla difficoltà di coinvolgere genitori multiproblematici; nonché nell'utilizzare un protocollo di ricerca strutturato a fronte di situazioni in continua evoluzione. Il punto di forza evidenziato è stato, invece, l'importanza di ottenere una mappa chiara delle aree funzionali e disfunzionali sulle quali intervenire.

Le criticità del gruppo sperimentale riguardano le schede informatizzate che, a loro avviso, non permettevano di riportare tutti i dati relativi alle situazioni personali delle famiglie seguite, pur riconoscendo, però, che la sintesi consente una ottimizzazione degli interventi con l'individuazione di chiari e congrui obiettivi. Il gruppo ha rilevato nell'applicazione del metodo sperimentale, quale punto di forza, il lavoro di rete. La sua applicazione ha richiesto un lavoro integrato tra tutti gli attori coinvolti nell'educazione e nel sostegno dei bambini e ragazzi in difficoltà: la famiglia, la scuola, le agenzie educative extrascolastiche e gli operatori sociali e sociosanitari. È stato segnalato come altro elemento positivo il fatto di soffermarsi ad individuare e poi potenziare e sostenere, nell'azione educativa e di cura, le cosiddette figure di riferimento considerandole soggetti/risorse in potenza da trasformare in soggetti/risorse in atto. Un altro beneficio è rinvenibile nell'ottenere un supporto cartaceo strutturato che va a sostituire l'operatività quotidiana che, in linea generale, si basa su dati, informazioni, considerazioni personali e appunti.

Nella seconda annualità della sperimentazione l'Ufficio regionale ha individuato una terza area oltre alle due già impegnate, proprio per ampliare e diffondere il sistema di valutazione. La terza area, però, per problemi organizzativi, pur avendo partecipato alla presentazione del modello e riconosciuta la validità e l'importanza, ha dovuto rinunciare alla sperimentazione.

La sperimentazione Risc ha consentito agli operatori di confrontarsi con un protocollo strutturato sia nella programmazione, sia nella metodologia, oltre che mettere in atto un vero lavoro di rete. Fino ad allora i gruppi coinvolti, come tutti gli altri operatori, non sono mai stati vincolati a seguire un percorso in modo costante e definito, né a doversi confrontare con altri. Risc ha imposto

il dover lavorare in modo organizzato e sistemico nel rispetto di regole e di tempi, ma anche di una messa in discussione di quanto e come si programma. È chiaro che lavorare con Risc ha “provocato” difficoltà negli operatori, ma ha garantito un’esperienza formativa sul campo che, in qualche modo ha “costretto” gli stessi operatori a verificarsi e a verificare l’impatto del loro operare. Alla prima valutazione risultano inseriti 20 bambini/ragazzi. Complessivamente l’età varia da 0 a 16 anni, con una età media 8,9 anni (mediana: 9,5 anni). Il 25% vive con un solo genitore e il 75% con entrambi i genitori. Il 40% vive con fratelli/sorelle e nell’80% dei casi anche con altri familiari.

La mappa dei soggetti e delle risorse

In media, sono indicati 1,8 *soggetti attuali* a T_0 , con un minimo da 0 a 5 soggetti attuali.

Tab. 1 – Distribuzione dei soggetti attuali a T_0

Area di riferimento dei soggetti attuali	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=10)	
	Numero	Perc.	Numero	Perc.
Padre/madre	9	90,0	9	90,0
Famiglia di origine	3	30,0	9	90,0
Area solidale	2	20,0	1	10,0
Area istruzione	1	10,0	3	30,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	2	20,0	2	20,0

Le *risorse attuali* a T_0 sono, in media, 1,2 con un minimo di 0 e un massimo di 4.

Tab. 2 – Distribuzione delle risorse attuali a T_0

Area di riferimento	Controllo (N=10)		Sperimentale (N=10)	
	Numero	Perc.	Numero	Perc.
Padre/madre	1	10,0	2	20,0
Famiglia di origine	3	30,0	4	40,0
Famiglia acquisita	1	10,0	0	0,0
Area solidale	0	0,0	3	30,0
Area istruzione	0	0,0	0	0,0
Area sociale e sanitaria (professionisti)	1	10,0	7	70,0

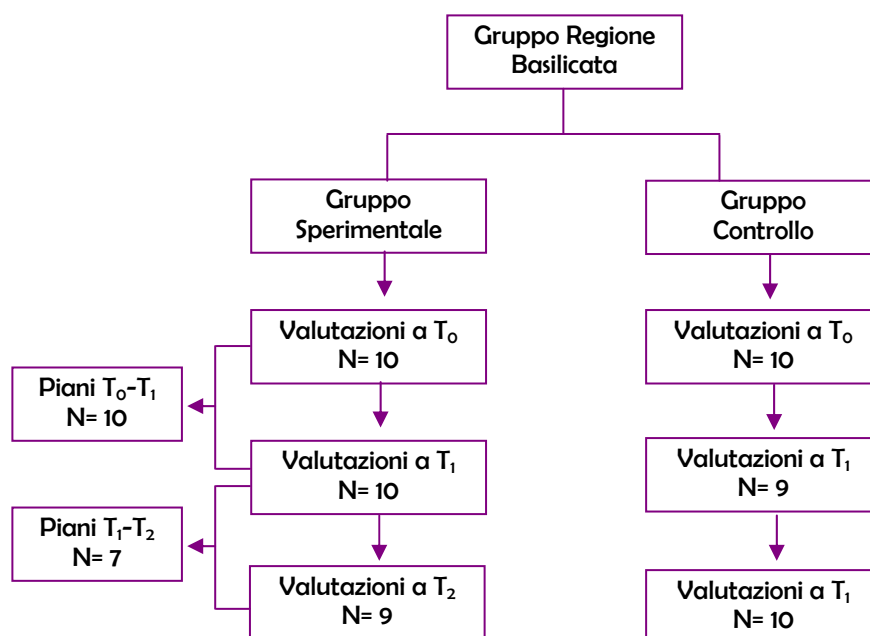
I *soggetti potenziali* variano da 0 a 2. Le *risorse potenziali* variano da 0 a 3.

In sintesi, la mappa dei soggetti e delle risorse, in media, può essere rappresentata come indicato nella successiva figura.

Fig. 1 – Distribuzione dei soggetti e delle risorse a T₀

Controllo		Sperimentale	
SA=1,5	SP=0,8	SA=2,2	SP=0,5
RA=0,8	RP=0,7	RA=1,7	RP=0,5

Analisi dei bisogni e dell'efficacia



Analisi del bisogno, livelli di gravità (T₀) con schema polare

Fig. 2 – Distribuzione della gravità per area territoriale

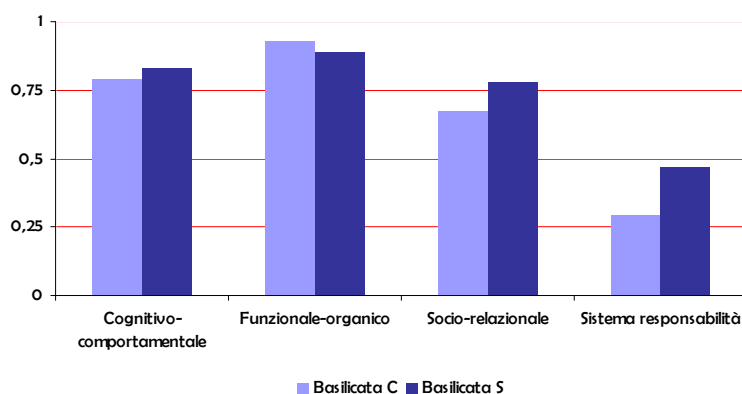
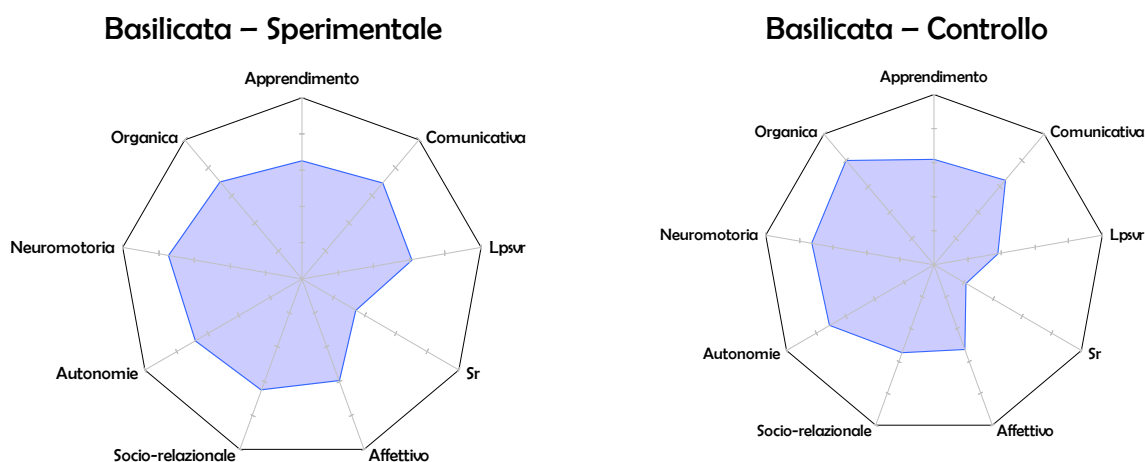


Fig. 3 – Profili di **bisogno** per gruppo



Tab. 3 - Notazioni dalla sintesi dei **problemi e delle potenzialità** al tempo T₀

Notazioni relative al bambino		Notazioni relative ai genitori	
<i>Problemi</i>	<i>Potenzialità</i>	<i>Problemi</i>	<i>Potenzialità</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà nella relazione affettiva. - Conflittualità nei confronti del compagno della madre. - Paure e problematiche per il lutto subito. - Disturbo alimentare. - Poche relazioni con i coetanei. - Lacune scolastiche. - Poca autostima. - Scarso controllo emotivo-affettivo. - Assente consapevolezza e responsabilità delle proprie azioni. - Dipendenza dal parere altrui. 	<ul style="list-style-type: none"> - Buoni rapporti con i fratelli. - Minore determinato. - Potenzialità comunicative e relazionali. - Industriosità. - Presa d'iniziativa. - Disponibilità all'apertura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Separazione. - Conflitti di coppia. - Problemi di comunicazione tra genitori. - Inadeguatezza genitoriale. - Incapacità di condividere obiettivi. - Alcoolismo. - Nucleo non integrato nel contesto sociale. - Difficoltà economiche. - Difficoltà a gestire la casa. - Scarsa rete sociale. - Lieve insufficienza mentale del genitore. 	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di recupero delle responsabilità genitoriali. - Ottime risorse sia culturali che affettive limitate dall'alcool.

Fig. 4 – Problemi del minore (citazioni organizzate in macrocategorie)

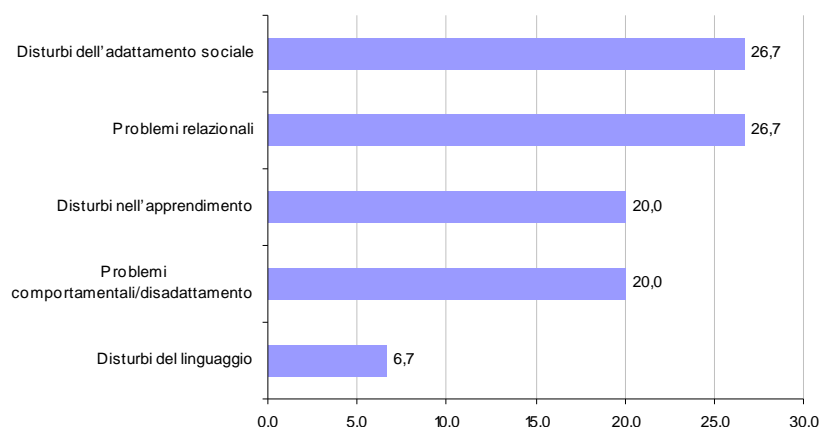
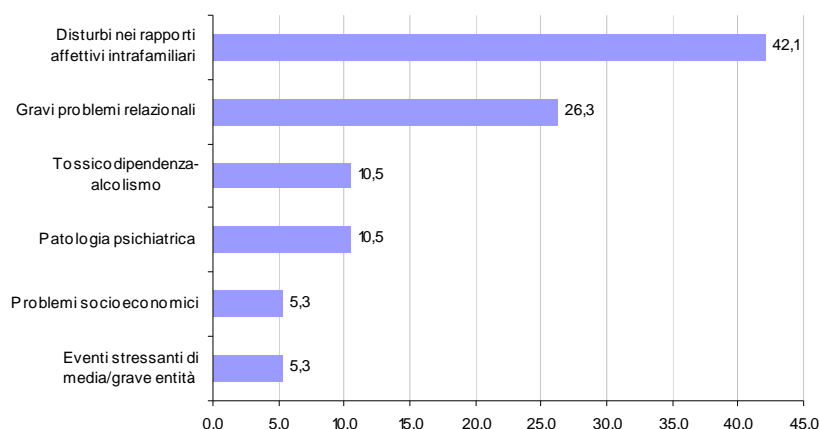


Fig. 5 – Problemi del genitore (notazioni organizzate in macrocategorie)



Tab. 4 – Notazioni estrapolate dagli **obiettivi** indicati a T₀ e T₁

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
T₀	
Facilitare l'inserimento nel contesto sociale Migliorare la performance scolastica Recupero dello spazio di vita del proprio ambiente familiare Rendere il minore autonomo Migliorare la relazione con il genitore Aiutare il minore a riconoscere e a gestire le emozioni Migliorare l'autostima del minore attraverso risultati scolastici positivi e una reale integrazione con il gruppo dei pari Aumentare l'autostima del minore migliorando i risultati scolastici Migliorare l'autostima della minore Migliorare l'immagine di sé aumentando la sicurezza e il livello di autostima Diminuire la dipendenza dagli altri e del loro parere	Migliorare la relazione coniugale Sostenere il genitore nel percorso di disintossicazione Potenziare le capacità genitoriali Integrazione sociale della coppia Risoluzione dei conflitti familiari Monitoraggio stile di vita del genitore

Notazioni relative al bambino	Notazioni relative ai genitori
Integrazione sociale del minore Aumentare le relazioni sociali extrascolastiche Risoluzione dei conflitti del minore con il partner della madre Migliorare le competenze socio relazionali Migliorare le relazioni sociali Migliorare l'integrazione socio-relazionale nel contesto dell'ambiente di vita Migliorare il comportamento alimentare Sostenere il minore nella valutazione della figura genitoriale Sostenere la minore nel ristabilire i ruoli nei confronti del genitore Migliorare i rapporti interpersonali e le regole di civile convivenza	
T₁	
Facilitare l'inserimento nel contesto sociale Aumentare la capacità di intraprendere e mantenere relazioni spontanee con i pari Migliorare i rapporti con i pari <i>Migliorare le competenze socio relazionali</i> Aumentare la capacità di creare situazioni e comportamenti/atteggiamenti che gli diano sicurezza e rafforzino l'autostima <i>Migliorare l'autostima del minore attraverso risultati scolastici positivi e una reale integrazione con il gruppo dei pari</i> <i>Migliorare l'autostima della minore</i>	Migliorare le relazioni con le famiglie di origine <i>Migliorare la relazione coniugale</i> <i>Migliorare la competenza genitoriale</i> <i>Sostenere il genitore nel percorso di disintossicazione</i>

Tab. 5 – Macro-livelli di servizio

Piano operativo T ₀ -T ₁	Piano operativo T ₁ -T ₂
Assistenza domiciliare socioeducativa (8 casi) Attività di socializzazione (1 caso) Altri interventi di sostegno alla domiciliarità (1 caso) Sostegno socioeducativo scolastico (3 casi) Servizio sociale professionale (1 caso)	Assistenza domiciliare socioeducativa (5 casi) Attività di socializzazione (1 caso) Sostegno socioeducativo scolastico (3 casi)

Nota: è stato conteggiato solo il macro-livello, non la singola prestazione

I fattori osservabili

Tab. 6 – Fattori osservabili

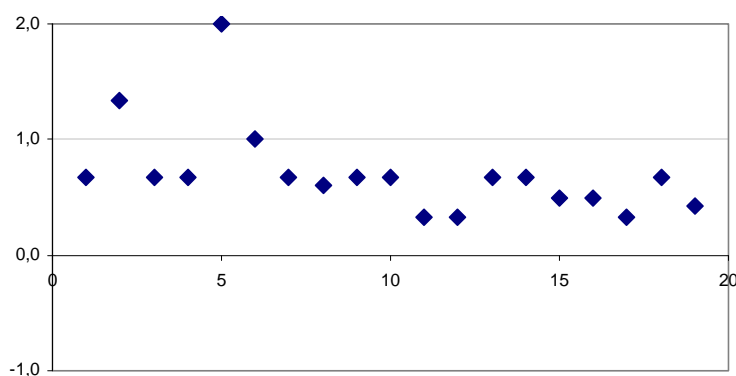
Fattori osservabili T_0-T_1	Fattori osservabili T_1-T_2
<ul style="list-style-type: none"> - N. di volte alla settimana che risolve problemi di matematica - N. di volte che sbaglia gli esercizi di geometria - N. di volte fa i compiti da solo - N. di volte che svolge un compito da solo alla settimana - Quante volte a settimana riporta voti superiori alla sufficienza - N. di ore a settimana trascorre in parrocchia o in oratorio - N. di volte che organizza uscite con i pari - Quante volte frequenta il punto ludico e incontra in modo spontaneo i compagni - Quante volte al mese viene accompagnato al punto ludico - Quante volte autonomamente incontra i compagni - N. di volte che manifesta soddisfazione per risultati ottenuti - N. di amici che incontra alla settimana - N. di pasti completi alla settimana - Quante volte a settimana osserva le regole della classe 	<ul style="list-style-type: none"> - N. di volte che manifesta soddisfazione per risultati ottenuti - Quante volte a settimana riporta voti superiori alla sufficienza - N. di volte che organizza uscite con i pari - Quante volte a settimana gioca a pallone con i compagni - Quante volte a settimana organizza uscite con i compagni - Quante volte frequenta il punto ludico e incontra in modo spontaneo i compagni - Quante volte al mese viene accompagnato al punto ludico - Quante volte a settimana osserva le regole della classe - Quante volte a settimana arriva con gli abiti puliti - Quante volte a settimana si isola a scuola

Nota: sono considerati i fattori osservabili di "pertinenza" del bambino

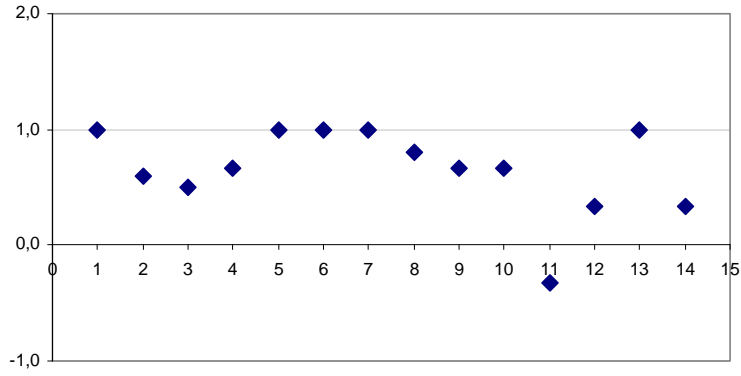
Se si considera la percentuale di raggiungimento del risultato atteso, si nota dal grafico successivo che la quasi totalità dei fattori osservabili, nei due tempi considerati, si allinea tra 0 (non raggiunto) e 1 (raggiunto).

Fig. 6 – Distribuzione dei fattori osservabili per percentuale di raggiungimento

a) T_0-T_1



b) T₁-T₂



Casi N=3, indice di adesione al protocollo ≥ 60%

Fig. 7 – Schema polare Delta [T₀-T₂]

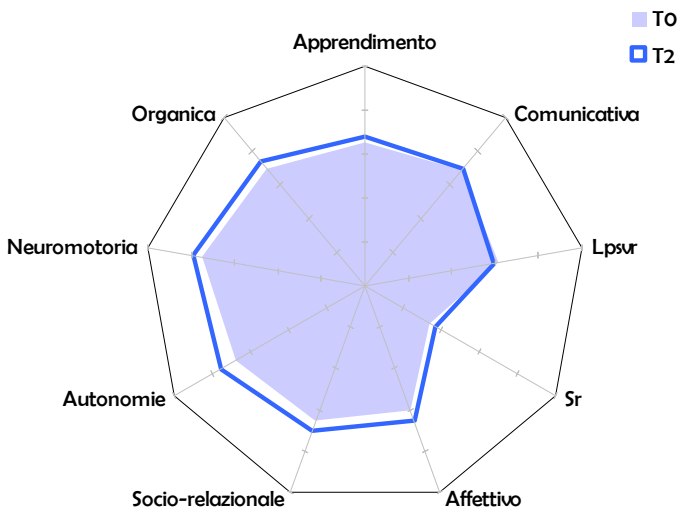


Fig. 8 – Indice di raggiungimento dei fattori osservabili nei piani [T₀-T₁] e [T₁-T₂]

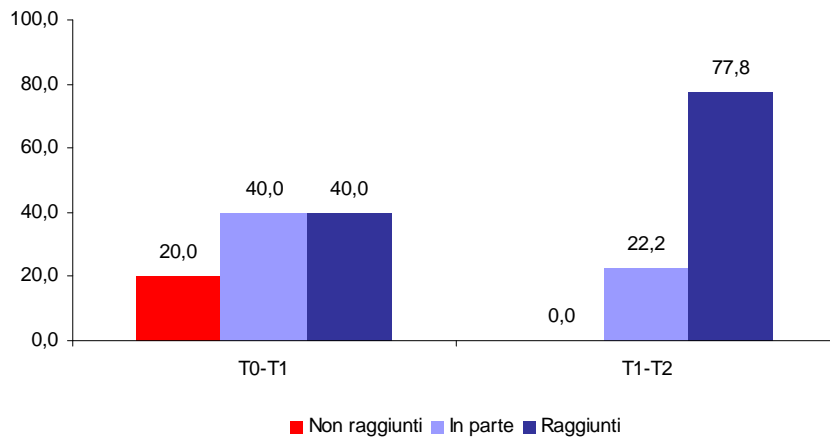


Fig. 9 – Servizi nei lea nei piani [T₀-T₁] e [T₁-T₂]

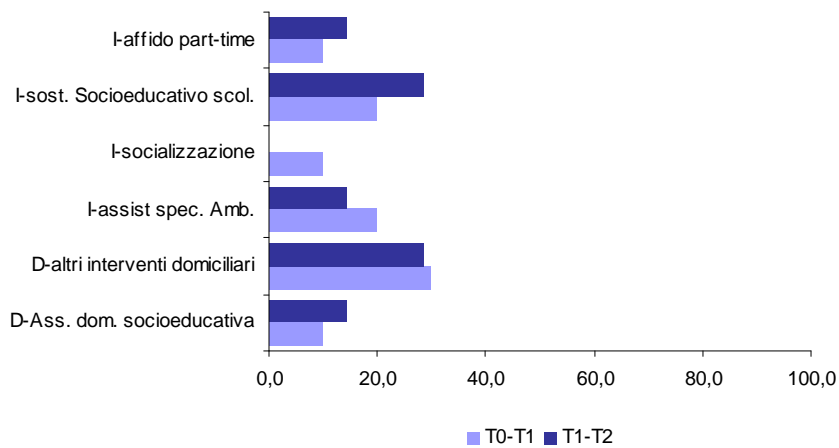
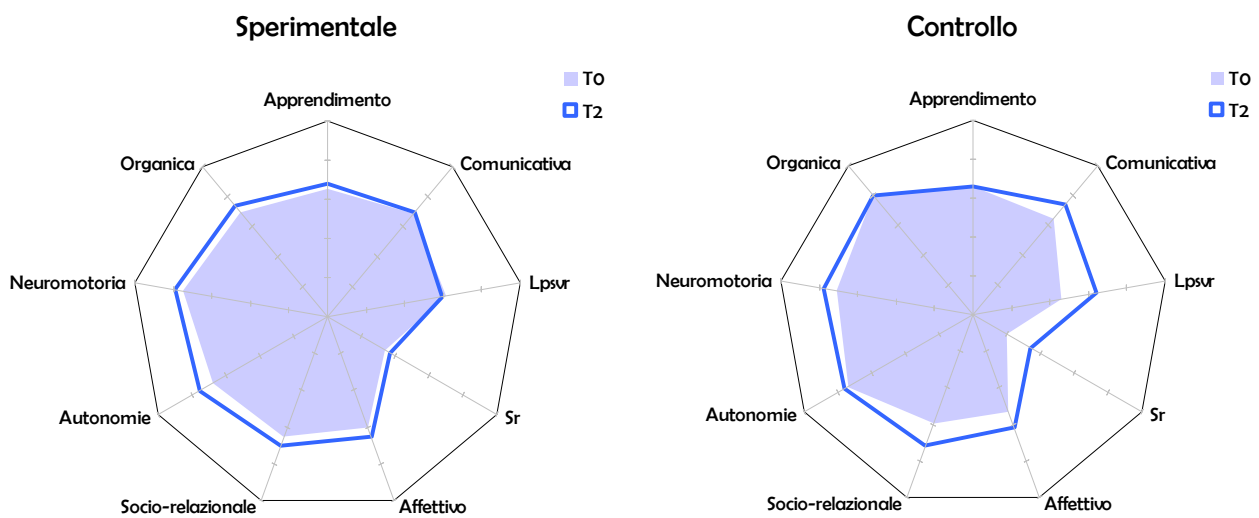


Fig. 10 – Schema polare per gruppi Delta [T₀-T₂]



Come indicato in precedenza il livello di gravità di partenza spiega il grado di miglioramento ottenuto nel breve periodo.

PROGETTI PERSONALIZZATI: UNA GUIDA PRATICA

Veronica Lucchina, Michela Memeo¹⁵

Lo studio Risc nel Comune di Torino

Questo contributo intende ripercorrere l'esperienza concreta degli operatori impegnati nel progetto Risc (Canali C., Vecchiato T., 2010) con riferimento al caso di un ragazzo incluso nello studio. Viene descritta l'applicazione dell'approccio teorico e pratico in contesto reale e quotidiano, evidenziando sia le positività sia le aree tematiche su cui lavorare.

Fin da subito è stato evidenziato che si sarebbe utilizzata una modalità operativa tale da consentire una visione globale del minore attraverso la misurazione e la valutazione, mettendo insieme le questioni proprie della «valutazione del bisogno», del «piano personalizzato di intervento», della «valutazione di efficacia».

Le 10 circoscrizioni del comune di Torino sono state suddivise in gruppo sperimentale e di controllo, formando due gruppi da 5 circoscrizioni per due casi a circoscrizione.

La richiesta del consenso al trattamento dei dati ha aperto una serie di riflessioni rispetto al caricamento dei dati e alla tutela della privacy. Ci si è tuttavia chiesti se la possibilità di acconsentire alle finalità della ricerca potesse in qualche modo comportare una maggiore consapevolezza, partecipazione e responsabilizzazione dei soggetti interessati.

Date le caratteristiche specifiche del gruppo target di riferimento della ricerca, nella selezione della casistica è stato possibile considerare sia casi nuovi sia casi già in carico, purché rispondessero ai criteri di pre-valutazione intesi come «criteri di inclusione» nello studio.

Il caso esemplificativo qui descritto era già in carico ai servizi ed è quindi stato rivalutato a uso della ricerca, cioè è stato considerato come un caso nuovo rivalutato al tempo T_0 . Il ragazzo, che chiameremo Andrea, ha 16 anni e vive con la madre e il convivente, entrambi inoccupati. È presente un'alta conflittualità nel nucleo che degenera in violenza con un legame tra madre e figlio anacronistico. Andrea vive un grosso disagio scolastico con un alto rischio di abbandono e di adesione a bande delinquenti, è privo di una rete amicale adeguata e di regole e limiti che lo possano contenere.

Ragionare in termini di criteri di inclusione¹⁶ ha permesso operativamente di selezionare una casistica che avesse, in linea generale, simili livelli di rischio e livelli di presa in carico con interventi «massicci» da attivare. A questo si è aggiunta la necessità di una valutazione congiunta delle condizioni dei figli e dei

Visione globale
del minore

Il caso
di Andrea

¹⁵ Veronica Lucchina, educatrice professionale, servizi sociali, Comune di Torino. Michela Memeo, assistente sociale, Comune di Torino.

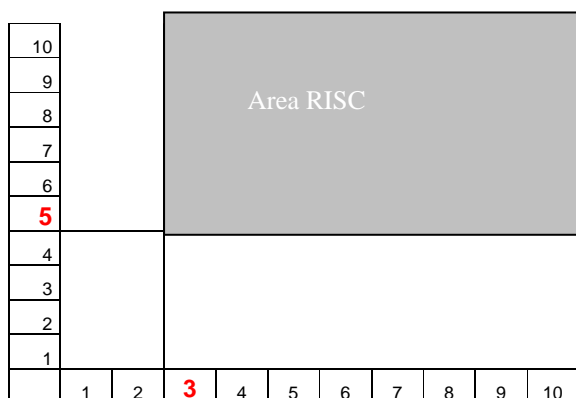
¹⁶ Sono stati selezionati due criteri: 1) problemi della famiglia con compresenza di problematiche sanitarie e sociali e la necessità di interventi di più servizi e ruoli genitoriali in parte non svolti adeguatamente; 2) fattori di rischio per il minore come conflittualità che degenera in violenza tra i coniugi e/o trascuratezza che degenera in abbandono.

genitori. Sono stati infatti considerati come «casi Risc» quelli che ricadevano nell'area indicata in figura 1 e a partire dalle seguenti domande:

- a suo/vostro giudizio (nel caso di valutazione multiprofessionale) dove si posiziona in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo) l'indice di inadeguatezza genitoriale e di contesto relazionale?
- a vostro giudizio dove si posiziona in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo) il grado di sofferenza che sta vivendo il minore?

Nello studio Risc sono state considerate le difficoltà dei genitori superiori a 5 e quelle dei minori superiori a 3.

Fig. 1 – Mappa di pre-valutazione



La metodologia

Lo studio si è avvalso di una piattaforma informatizzata per facilitare la gestione integrata e condivisa delle conoscenze riguardanti le persone prese in carico da più professionisti e servizi. Le caratteristiche del percorso metodologico e del database on line hanno consentito la condivisione delle informazioni necessarie per la presa in carico personalizzata e la valutazione multidimensionale.

L'impegno richiesto si è da subito delineato come importante in quanto lo strumento è complesso e richiede conoscenza e applicazione. Infatti, al di là del primo momento descrittivo, di conoscenza della situazione, si passa a un grosso impegno operativo che si traduce in analizzare, pensare, ipotizzare, caricare dati, verificare e valutare.

La prima risposta del gruppo a quanto proposto è stata di cercare, con fatica, di ricavare il tempo da dedicare, all'interno dei carichi quotidiani di lavoro, per seguire le indicazioni del protocollo e attuarle correttamente. Questo lavoro non è stato né facile né privo di errori, in quanto ha significato utilizzare strumenti differenti da quelli che abitualmente sono usati.

Carico di lavoro

Tab. 1 – La struttura utilizzata

Le fasi della metodologia del lavoro per progetti personalizzati	La struttura di «S-P»
Raccolta della domanda formulata dalla persona e/o dalla sua famiglia	Parte 1. Analisi della domanda
Analisi della situazione della persona e della sua famiglia, approfondendo sia aspetti sanitari che sociali e definizione del problema	Parte 2. Analisi multidimensionale del problema e Schema Polare
Predisposizione di un piano operativo	Parte 3. Programma delle attività
Verifica e valutazione del piano operativo	Parte 4. Verifica e valutazione delle decisioni

Analisi della domanda

Ogni operatore coinvolto nello studio ha portato le proprie situazioni ed entrambi i gruppi hanno cominciato a lavorare a partire dall'analisi della domanda:

- la raccolta di dati anagrafici;
- la domanda e, nello specifico, se essa è presentata dalla persona interessata, ad esempio attraverso un accesso diretto in accoglienza, oppure da altra persona, per poi passare ad analizzare il: bisogno/richiesta espressa da parte di chi presenta la domanda sia esso persona fisica (come un familiare ad esempio o la scuola o l'autorità giudiziaria ecc.); il bisogno/richiesta ridefinita, in quanto possono non coincidere e vanno ridefiniti in termini professionali. A questo si è aggiunta una ricognizione delle eventuali prestazioni di cui ogni persona già usufruisce e dei professionisti che di lui si occupano;
- le persone di riferimento, ossia una raccolta di informazioni relativa alle persone conviventi che appartengono al nucleo familiare in cui va barrata la casella del soggetto che ha la responsabilità degli attuali percorsi di cura. Di norma si tratta di una persona, ma la responsabilità può essere condivisa «alla pari» con altri, nel qual caso sono accettabili più riferimenti. Si passa poi a evidenziare eventuali altre persone di riferimento, anche se non coinvolte nella cura della persona. In ultimo, è possibile inserire informazioni relative all'amministratore di sostegno e ai parenti interessati al mantenimento e/o alla compartecipazione alla spesa;
- la situazione economica e abitativa, con indicatori e descrittori molto analitici e con campi da compilare inerenti il momento della raccolta dati (è possibile anche compilare dei campi in modo più discorsivo per dettagliare meglio);

5. operatori, cioè quali operatori hanno partecipato alla fase di analisi della domanda.

Analisi del problema

La sezione chiamata «Analisi del problema» comprende 7 schede che fanno riferimento a:

Informazioni richieste

Storia personale (se possibile trigerazionale): vengono inserite, sotto forma di testo, le informazioni relative a eventi significativi, dati di personalità e di carattere, preferenze, interessi e dati sui rapporti familiari, dati sulla rete relazionale, rapporti con la giustizia e ulteriori eventuali osservazioni.

Analisi del sistema di responsabilità, che considera la mappa dei soggetti e delle risorse (attuali e potenziali) che aiuta molto ad attivare il potenziale, dando modo di mappare tutti i soggetti coinvolti o che possono essere strategicamente coinvolti, in quanto una potenzialità è differenza positiva rispetto a situazioni prive di essa. «Ricordati, quando farai il piano delle azioni, che hai a disposizione un certo numero di persone su cui poter contare (nella fattispecie di soggetti e risorse potenziali). Se riuscirai a coinvolgerli/e, a motivarli/e, a divider con loro un qualche tipo di responsabilità nella predisposizione del piano personalizzato di intervento potrà favorire risultati migliori» (Vecchiato T. e altri, 2009).

Il discriminante tecnico per capire se siamo in presenza di una risorsa è il fatto che essa partecipa all'attuazione degli interventi descritti nel «piano delle azioni e di chi le fa», ad esempio nel caso di Andrea la madre è risorsa attuale, da subito coinvolta e disponibile ad assumersi la responsabilità di fare un pezzettino relativo al monitoraggio del sonno; mentre risorsa potenziale il compagno della madre che potrebbe essere coinvolto. Il soggetto partecipa attivamente a tutte le fasi: per Andrea è l'educatore del Ppm (progetto preventivo mirato). Compilando questa scheda vengono calcolati in automatico dal sistema operativo i punteggi della Scala di responsabilizzazione (Sr), del Livello di protezione dello spazio di vita (Lpsv) e del Livello di protezione potenziale (Lpp). Sr e Lpsv vengono riportati nello schema polare, mentre il calcolo di Lpp aiuta alla definizione del piano operativo.

Chi è
«soggetto»
e chi «risorsa»

Tab. 2 – Mappa dei soggetti e delle risorse per Andrea

Mappa dei soggetti e delle risorse	
SA Gaetano educatore	SP
RA Gianna mamma Luisa neuropsichiatra	RP Compagno della mamma

Valutazione funzionale organica: tra le differenti scale disponibili, per la valutazione del minore, si utilizza la scala Min Fo, che in una scala da 0 (inadeguato) a 5 (elevato) attribuisce un punteggio finale alle varie aree organica, psicomotoria, delle autonomie. I punteggi complessivi delle scale sono riportati automaticamente nello schema polare. Sarebbe opportuno riuscire a coinvolgere la neuropsichiatra per la sua prima compilazione.

Valutazione cognitivo comportamentale, si utilizza la scala Min Cc che va da 0 a 5 e attribuisce punteggi alle aree cognitive e dell'apprendimento. Anche per questa scala sarebbe opportuno coinvolgere la neuropsichiatra e gli insegnanti della scuola per la sua compilazione.

Valutazione socioambientale relazionale, con la scala Min Sr, sempre 0-5, che attribuisce punteggi alle aree sociorelazionale, affettivo-relazionale. Sarebbe

Scale
di valutazione

utile la compilazione congiunta tra scuola e servizio sociale, ma anche con la famiglia laddove possibile e utile. In quest'area di valutazione si calcola anche l'indice di copertura assistenziale nelle 24 ore distinguendo l'accudimento dato dai familiari, dal servizio pubblico, dall'assistenza a pagamento e dal volontariato, nell'arco di tutta la settimana, con la possibilità di indicare l'ammontare del costo medio giornaliero e complessivo.

L'utilizzo di queste schede non è specifico per una professione (come lo sono invece altre scale in uso alle diverse professioni) ma possono diventare uno strumento fruibile per tutti gli operatori. Nel compilarle ci si è resi conto che alcune parti sono già in uso, ad esempio per calcolare le schede per le intensità dell'Unità di valutazione multidimensionale; alcune parti del Min Cc si ritrovano nel Piano educativo individualizzato (Pei) ecc. Pertanto la positività di questo strumento è la capacità di non frammentare la situazione, ma di offrire un'ottica globale della stessa ponendo il minore al centro.

Una criticità evidenziata è stata la difficoltà di coinvolgere le altre figure professionali come rete sin dal primo momento di avvio dell'analisi. Questo è dipeso anche dal fatto che gli operatori stessi si trovavano in una fase di conoscenza dello strumento.

Schema polare: è un grafico attraverso cui vengono considerati unitariamente i tre ambiti di analisi in un'unica rappresentazione. Il lavoro sin qui effettuato, sia dal gruppo sperimentale sia da quello di controllo, offre una visione globale del bambino: si parte dalla comune raccolta di dati anagrafici passando attraverso le diverse scale di osservazione del soggetto, ossia strumenti capaci di una visione globale, dall'area organico-funzionale (area sanitaria), a quella cognitivo-comportamentale (area sociosanitaria) e socioambientale-relazionale (area sociale), considerando unitariamente tali visioni.

Essendo lo schema polare legato al bisogno e pertanto individuale, può essere fatto per qualsiasi membro della famiglia sovrapponendo, laddove il confronto può essere utile, gli schemi polari dei singoli membri. La mappa degli strumenti per ottenere gli schemi polari degli adulti differisce a seconda che ci si trovi a che fare con disturbi prevalenti di tipo psichiatrico o dipendenze.

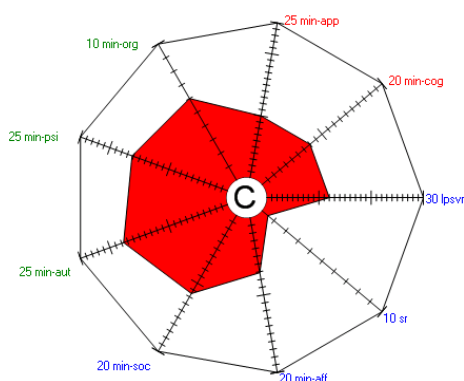
La visione d'insieme che permette l'analisi dello schema polare rimanda immediatamente a livello visivo le aree dove il minore si trova maggiormente in difficoltà, perché fornisce una conoscenza approfondita del minore e quindi di dove è più utile intervenire e progettare obiettivi e azioni. Per esempio, nella situazione esemplificata il minore necessitava di sostegno e rinforzo nell'area cognitiva, della comunicazione e delle abilità pratiche e nell'area affettivo relazionale, nel rapporto primario con la madre ma anche nella capacità di rispettare le regole e riconoscere i limiti e nell'area sociorelazionale, con l'ambiente sociale (risulta nulla la partecipazione a gruppi ricreativi/sportivi, mentre è massima l'adesione spontanea ai ritrovi di quartiere devianti).

Appare evidente come, a partire dallo schema polare, sono sintetizzati i problemi ma anche le potenzialità del minore al centro della nostra attenzione. Più le aree analizzate sono coperte e si avvicinano alla parete dello schema più in quell'area funziona bene, al contrario più si avvicina al centro più necessita di intervento.

Lo schema polare

Problemi e potenziali

Fig. 2 – Schema polare a T₀



Diagnosi e sintesi dei problemi dando uguale rilievo a livello di analisi sia ai problemi sia alle potenzialità, arrivando alla descrizione degli obiettivi condivisi e di come si intende operare.

Programma delle attività (gruppo sperimentale)

Questa è la fase di sperimentazione vera e propria: al gruppo di controllo è stato chiesto infatti di adottare la presa in carico secondo le usuali modalità, mentre al gruppo sperimentale è stato chiesto di adottare le raccomandazioni del protocollo.

Problemi e obiettivi

In automatico, dalla scheda «diagnosi e sintesi del problema» si parte dal problema e dalla potenzialità della persona e si definiscono, sulla base dei soggetti e delle risorse che si assumono responsabilità, gli obiettivi da raggiungere e come si intende agire per ottenerli. Il protocollo operativo permette di mettersi in una posizione che offre la possibilità di pensare e uscire dagli agiti attraverso una costruzione del lavoro che ci si prefigura idealmente e che si tiene monitorato in itinere decidendo sulle azioni da implementare.

Il protocollo richiede di specificare gli obiettivi condivisi e come si intende operare - attraverso l'individuazione di azioni specifiche, declinabili in fattori osservabili. Questi ultimi devono essere quantificabili, osservabili e misurabili, in diverse aree di osservazione e devono fare riferimento ad azioni rispondenti ai bisogni, in modo da promuovere risposte efficaci in un'ottica di appropriatezza degli interventi. Consente inoltre di evidenziare anche i motivi per cui ci possono essere obiettivi non raggiunti, considerando lo stretto rapporto tra obiettivo, azione, misurazione e valutazione. Attraverso l'utilizzo di fattori osservabili è più rilevabile l'analisi dei processi, ossia il raggiungimento dei risultati attesi. È emerso chiaramente che il problema non può essere definito come elenco di prestazioni o servizi da attivare, cioè si tratta di livelli che non vanno confusi e lo si è imparato usando lo strumento. Gli obiettivi sono definiti in relazione al problema generale e possono essere di «mantenimento», «miglioramento», «rallentamento» per meglio orientare la definizione dei risultati attesi (misurabili).

Obiettivi
condivisi

Per perseguire gli obiettivi fissati si definisce un piano personalizzato (chi fa che cosa, quando e in che periodo di tempo). Per fare ciò va compilata la sezione «Azioni e risultati attesi».

Azioni e risultati attesi

In questa scheda sono raccolte informazioni di tipo quali-quantitativo. Si specificano, per ciascuna azione:

- la sua definizione, ad esempio sostegno alla frequenza a un corso (azione 1), oppure l'inserimento in un gruppo di pari (azione 2);
- il periodo di tempo in cui si intende realizzarla; nello specifico, si tratta di un intervallo di tre mesi;
- l'area di osservazione di pertinenza dell'azione selezionata, ovvero l'area in cui si vogliono osservare i cambiamenti attesi (ad esempio nella azione 2 l'area di osservazione può essere la socializzazione con i coetanei);
- i fattori osservabili scelti per misurare il raggiungimento o meno dell'azione programmata, ad esempio le assenze mensili, le sere in cui va a dormire entro le 23 a settimana (per la stretta correlazione ore di sonno/presenza a scuola), i richiami mensili scuola-famiglia per l'azione 1;
- il valore misurato all'inizio, cioè a T_0 : ad esempio, 6 assenze al mese;
- il valore atteso a T_1 : ad esempio 3 assenze mensili;
- la polarità del fattore osservabile, ovvero se i miglioramenti si ottengono all'aumentare o con la diminuzione del fattore osservato;
- il dominio o i domini di appartenenza del fattore osservato (funzionale organico, cognitivo-comportamentale, sociorelazionale).

Questo strumento rende visibile il lavoro svolto e permette di presentare dati oggettivi, misurando e valutando il sostegno dato: i fattori osservabili devono infatti essere misurabili, diretti (osservo ciò che vedo), quantificabili, definibili e tangibili. Esempi di aree di osservazione sono l'alimentazione, il sonno, l'igiene, l'autonomia, le relazioni e la vita sociale, genitorialità, responsabilità nella scuola.

Dati oggettivi

Cliccando su Prestazione si accede alla schermata, in cui si trovano i servizi e le prestazioni relativi ai livelli essenziali di assistenza come servizio, per poi accedere alle prestazioni nei Lea: esempio sempre riferito alla prima azione individuata del conseguimento attestato, la prestazione risulta essere il sostegno socioeducativo scolastico con attività educativa per supporto scolastico effettuata dall'educatore del Ppm, si indica il costo ora moltiplicabile per le ore mensili; la prestazione 2 dell'azione 1 è svolta dalla madre, relativa al sonno, a costo zero.

Costi

Sintesi delle azioni nei Lea

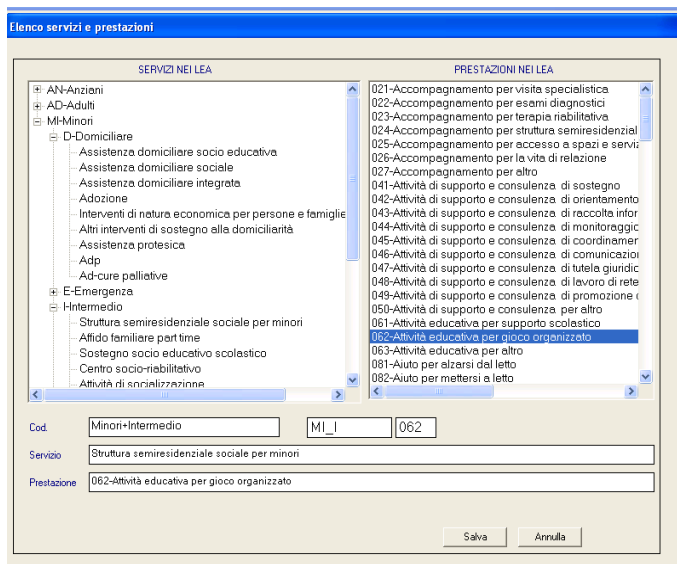
È una scheda che si compila in modo automatico in base alle informazioni inserite con l'obiettivo, attraverso la videata, di rappresentare la mappa delle risorse messe in campo e il loro posizionamento nei Lea.

L'utilizzo di Risc permette in questo modo di avere chiari, attraverso la sintesi delle azioni nei Lea, i costi del progetto, quantificabili in tipo di prestazione erogata e per quanto tempo (ore al mese, ad esempio).

Condivisione delle responsabilità

«Con la persona e/o la famiglia il piano è stato condiviso?», si inseriscono poi i nominativi dell'unità multiprofessionale che ha condiviso il progetto personalizzato.

Fig. 3 – Prestazioni nei Lea



Verifica e valutazione

Occorre a questo punto effettuare la ricompilazione degli strumenti di valutazione per ottenere il confronto tra schemi polari.

Verifica attuazione piano

In questa scheda è necessario indicare per ciascuna prestazione se è stata eseguita da chi ne aveva la responsabilità: si può notare che viene data molta attenzione al tema centrale della responsabilità e della responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti. Fare cultura, comunicazione, formazione e coinvolgimento significa favorire la condivisione di responsabilità del piano personalizzato che dovrebbe riguardare sia la persona direttamente interessata e la famiglia sia l'équipe multiprofessionale.

È interessante l'analisi all'interno del sistema delle responsabilità dei vari passaggi da risorsa a soggetto e da potenziale ad attuale nei momenti di verifica: nel caso oggetto di studio il compagno della madre, che l'inserimento dell'educatore ha permesso di conoscere sotto un differente punto di vista, è stato coinvolto nel percorso di assunzione di maggiore responsabilità nei confronti della sua posizione all'interno del nucleo, passando da risorsa potenziale (Rp) a risorsa attuale (Ra). Questo ha avuto l'effetto di attivare maggiormente la madre che si è sentita in parte forse privata della sua posizione leader, passando a T₂ da risorsa attuale a soggetto attuale (Sa).

È possibile inserire delle percentuali di raggiungimento delle singole prestazioni, nel caso in cui esse siano state eseguite solo in parte, a intervalli del 25%. Tutte le altre informazioni come il codice, il costo, il periodo, il soggetto vengono inserite in automatico dal programma.

Condividere
responsabilità

Verifica dei risultati attesi

In questa scheda, per ciascuna azione (ad esempio, conseguimento attestato professionale, inserimento gruppo dei pari, sostegno relazioni familiari) sono riportate le informazioni delle precedenti schede inerenti:

- i fattori osservabili individuati (ex frequenza scolastica, assenze mensili e ore di sonno per l'azione 1);
- tempo trascorso in ore alla settimana con l'educatore per inserimento in attività extrascolastiche per l'azione 2;
- contatti mensili con il servizi per l'azione 3;
- il valore in T_0 (iniziale), quello in T_1 (atteso);
- la polarità (max min), il dominio di intervento;
- la data di verifica. Occorre inserire il valore misurato a T_1 per ciascun fattore osservato alla data T_1 .

Verifica di efficacia

In questa sezione i dati sono raccolti in automatico. L'efficacia è rappresentata in 2 modi:

- nello schema polare che riporta, per la data selezionata, i risultati raggiunti per ciascuna scala di valutazione. La sovrapposizione degli schemi, corrispondenti a tempi diversi, facilita l'analisi delle differenze;
- nella tabella, che riporta per ciascun fattore osservabile il lavoro misurato a T_0 , quello atteso a T_1 , il valore misurato a T_1 . Sulla base della differenza tra misurato e atteso, indica se è stato raggiunto e l'indice di raggiungimento. Il valore 1 indica il pieno raggiungimento del risultato atteso e il valore 0 indica il non raggiungimento.

Fig. 4 – Confronto con schema polare tra T_0 e T_1

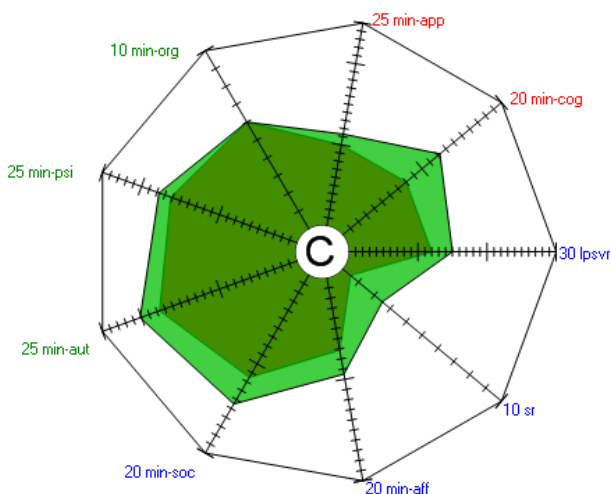


Fig. 5 – Confronto con fattori osservabili tra T_0 e T_1

Fattori osservabili	Valore T_0 (misurato)	Valore T_1 (atteso)	Valore T_1 (misurato)	Differenza misurato-atteso	Raggiunto sì/no	Indice di raggiungimento
1.1	6	3	3	0	si	1
1.2	0	4	2	-2	in parte	0.5
1.3	6	3	3	0	si	1
2.1	0	4	0	-4	no	0

Possibilità di feedback T_0 - T_1 attraverso lo schema polare

Utilizzando il qui e ora T_0 come punto da cui partire, sia per andare a ritroso nell'analisi della storia personale e familiare sia per proiettarsi nel futuro, al fine di definire il piano di intervento personalizzato e, laddove T_0 coincide con un dato misurato, reale, esistente attraverso S-P e il T_1 rappresenta ciò che mi attendo.

Attraverso lo schema polare infatti è possibile rappresentare l'evoluzione dei bisogni nel tempo e vedere le variazioni (miglioramenti, mantenimenti, peggioramenti) e veder in quali aree sono avvenuti nell'arco di un trimestre; infatti Risc obbliga a rispettare i tempi del progetto personalizzato attraverso puntuali valutazioni degli obiettivi posti con indicatori chiari, precisi e condivisi e verifiche trimestrali del piano personalizzato e della sua efficacia.

Valutazione dei risultati

Innanzitutto si richiede una valutazione dei risultati. Nel caso in esame si considera positiva la tenuta scolastica e la condotta. Anche il sonno è migliorato non dipendendo da fattori organici ma da abitudini assunte, come sostenuto dalla psicologa e dal pediatra che seguono il ragazzo. Positivo l'inizio dello stage che contribuisce a occupare e stancare il ragazzo. Anche i colloqui al servizio con la famiglia proseguono, occorre definire le condizioni che hanno favorito e gli ostacoli incontrati. Successivamente si passa a spuntare uno dei possibili esiti del processo di aiuto:

- rivalutazione e nuovo progetto, nel caso la situazione si sia modificata, come nel caso seguito. Si passa quindi a inserire un nuovo piano personalizzato, più legato al rischio per il minore sulle frequentazioni devianti, l'abbandono scolastico ecc.;
- riconferma nel caso il piano sia appropriato in toto;
- chiusura caso, per situazione risolta, decesso ecc.

Vanno sempre indicati i nominativi e le professioni di chi ha compilato le schede e i tempi impiegati.

Il momento di verifica e valutazione permette di ragionare su delle prese in carico temporalizzate, rispetto agli obiettivi fissati e successivamente fare delle scelte di diverso tipo a seconda dell'esito raggiunto. Il tempo della prima verifica è tre mesi, rivedibili dopo ulteriori tre. Mantenere questa tabella di marcia permette di non perdere di vista gli obiettivi e di arrivare a un momento di riflessione assieme per prendere delle decisioni.

Preso in carico temporalizzato

Le rivalutazioni

Una volta deciso di rivalutare la situazione e formulare un nuovo progetto, si è ripartiti tentando da subito di coinvolgere la neuropsichiatra sulla compilazione delle scale di osservazione del minore. Questo percorso, non solo di condivisione di responsabilità, ma anche di condivisione di obiettivi, potrebbe contribuire a creare un'uniformità di linguaggio. Questa rimane di sicuro una sfida, affinché sia realizzabile un recupero del pensiero a partire dai nostri servizi per poterlo trasferire. Il passo successivo potrebbe essere quello di socializzarlo all'équipe multiprofessionale e all'autorità giudiziaria.

Successivamente all'analisi del problema, fase 2, si passa al programma delle attività, fase 3, lavorando ad esempio nella situazione predetta nell'ambito scolastico azione 1 per l'attestato con attenzione alla frequenza allo stage iniziato, alle assenze e alle uscite serali in quartiere (rischio devianza) e lavorare con l'azione 2 su una preiscrizione affinché non abbandoni la scuola, attraverso colloqui di orientamento che permettano di lavorare ancora sulle aree a rischio e parallelamente continuare con l'azione 3 con colloqui alla famiglia congiunti con titolare del caso ed educatore.

Infine, si passa dopo tre mesi, luglio 2010, alla verifica che porta alla riconferma del piano personalizzato in quanto appropriato.

Programma
delle attività

Per concludere

Attraverso l'utilizzo di Risc si sottolineano le due ottiche perseguite:

- un'ottica di integrazione con tutti i servizi coinvolti, in quanto ogni professionista può offrire un apporto necessario e prezioso, con strumenti consoni al problema da affrontare e, nello stesso tempo, capaci di una valutazione multidimensionale dei bisogni di figli e genitori, lavorando il più possibile con la famiglia;
- un'ottica di prevenzione delle situazioni di crisi e degli allontanamenti, entrando a 360 gradi nella situazione per un tempo x in cui gli operatori concentrano le attività per arrivare alla co-costruzione di un percorso di cura e che, a differenza delle cartelle informatizzate, delle dichiarazioni sulla situazione economica e del piano d'azione individuale, permette di entrare in una visione tridimensionale.

Integrazione
e prevenzione

Questo strumento di lavoro che impone tempi di verifica è collegato/collegabile alle attività proposte dal Comune di Torino e bene si incastra con le politiche di intervento degli ultimi tempi come il Ppm, che prevede interventi temporalizzati, con tempi scanditi. Anche la possibilità di mettere da subito in evidenza il costo complessivo del progetto ben si accompagna a quanto viene sempre più richiesto all'operatore sociale: una maggiore assunzione di responsabilità agganciata al discorso di sostenibilità degli interventi proposti. Appare evidente che questo strumento, proprio per la sua complessità, non può essere applicato in modo trasversale a tutti i casi, ma si auspica di poterlo fare sulle situazioni che richiedono investimenti particolari e interventi speciali, ipotizzando di rendere più snello il protocollo con il suo utilizzo.

LO STUDIO DEGLI OUTCOME NEGLI INTERVENTI A FAVORE DEI MINORI. L'ESEMPIO DEL PROGETTO DI RICERCA

«RISC»

Estratto dalla tesi di laurea di Francesco Lucchi¹⁷

Università degli studi di Urbino «Carlo Bo». Facoltà di Sociologia. Corso di Laurea Specialistica in Organizzazione e gestione delle politiche e dei servizi sociali

a.a 2010/2011

Di seguito si riportano alcuni passaggi della tesi di laurea di Francesco Lucchi, un'assistente sociale che ha partecipato alla sperimentazione e ha utilizzato il Progetto Risc per approfondire il tema degli outcome negli interventi a favore dei minori, collegato alla riorganizzazione dei servizi.

Nella presentazione Lucchi ricorda come in Italia i servizi sociali pubblici sono responsabili di tutti gli interventi a favore dell'infanzia, sia relativi al sostegno alle famiglie affinché riescano autonomamente a svolgere il loro compito di cura nei confronti dei figli, sia di quelli finalizzati alla verifica delle capacità genitoriali che possono portare anche all'allontanamento del minore dal nucleo d'origine, ovviamente su mandato dell'autorità giudiziaria (interventi di tutela). Il Comune di Cesena, nella sua riorganizzazione dei servizi sociali, provenendo da un modello organizzativo che prevedeva la delega all'Azienda sanitaria degli interventi di tutela, con il ritiro delle deleghe ha deciso di ricomporre in un unico servizio la competenza relativa agli interventi di tipo assistenziale, di sostegno alla genitorialità e di tutela in senso più stretto. Una delle finalità principali era quella di privilegiare un'ottica di prevenzione e intercettazione di bisogni.

La nuova organizzazione richiede però all'operatore sociale la capacità di padroneggiare diversi stili di relazione, può capitare infatti che un progetto d'aiuto nasca con finalità di sostegno per poi trasformarsi in tutela. Richiede inoltre nuove modalità per rapportarsi con i professionisti dell'area sanitaria (psicologi, neuropsichiatri, pediatri) affinché garantiscano l'efficacia della collaborazione anche se afferenti ad una diversa agenzia.

«...a prescindere dalle ragioni di ordine economico, Teresa Bertotti individua alcuni benefici per i servizi e gli interventi a sostegno e tutela dell'infanzia che potrebbero derivare dalla gestione diretta da parte dei Comuni. Innanzitutto la maggiore conoscenza delle risorse del territorio (con cui l'ente locale per il suo ruolo intrattiene storicamente rapporti più continui rispetto alle Aziende Sanitarie) potrebbe agevolare la predisposizione di interventi non solo di "riparazione" ma anche di prevenzione. Inoltre si potrebbero creare spazi per un sostegno alla genitorialità e alla

Servizi sociali pubblici e interventi a favore dell'infanzia

Padroneggiare diversi stili relazionali

¹⁷ Assistente sociale, area minori famiglia, gestione associata servizi sociali Cesena Valle Savio.

promozione dei diritti dei minori meno stigmatizzanti per le famiglie. Infatti i servizi di tutela minorile gestiti dall'ente sanitario spesso sono più focalizzati sull'intervento riparativo e si attivano solo per i casi segnalati per gravi situazioni di disagio quali la trascuratezza, il maltrattamento e l'abuso sui minori. Doversi recare presso un servizio con queste caratteristiche può mettere estremamente a disagio chiunque, a prescindere dalla ragione che ce l'ha portato. Infine è giusto sottolineare che la decisione dell'ente locale di volersi occupare direttamente della tutela dell'infanzia con tutto ciò che comporta in termini di decisioni a volte drammatiche e spesso impopolari, rappresenta un'assunzione di responsabilità più diretta e più partecipata della comunità nei confronti di queste problematiche.

D'altro canto esistono dei rischi nel ritiro delle deleghe alle Aziende Sanitarie dei servizi di tutela dell'infanzia. In particolare, sempre secondo l'autrice, c'è il pericolo che la polarizzazione dell'area psicologico — sanitaria da quella sociale — educativa determini la frammentazione degli interventi e che quindi il servizio tutela gestito dall'ente locale subisca una perdita in termini di competenza, inoltre potrebbe verificarsi una minore stabilità organizzativa del servizio.

Il primo rischio è evidente essendo la conseguenza della rottura dell'èquipe: l'assistente sociale e l'educatore sarebbero inquadrati nei servizi comunali mentre lo psicologo rimarrebbe dipendente dell'Azienda Sanitaria. A questo punto l'integrazione sarebbe garantita dagli accordi e dai protocolli operativi stipulati dai due enti, nonché dalla disponibilità dei singoli operatori.

Il secondo rischio è dato dalla naturale variabilità a cui vanno incontro gli enti locali con il cambio della guida politica. Sebbene la legge abbia introdotto il principio della separazione delle competenze tra l'organo politico e quello tecnico (Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 Testo Unico sugli enti Locali, art. 107) è evidente che una diversa interpretazione da parte del decisore politico di quella che dovrebbe essere la tutela dell'infanzia offerta nel territorio di riferimento potrebbe causare un certo grado di instabilità 'in particolare nei contesti in cui gli ambiti territoriali devono mettere d'accordo realtà comunali dalle caratteristiche molto diverse (un po' provocatoriamente si potrebbe dire che i bambini non votano e che la necessità della loro protezione mette di fronte ad aspetti difficili e negativi dell'identità collettiva che non sempre paga in termini di popolarità)' (Bertotti T., 2004, p. 6).

Le considerazioni appena riportate aiutano a comprendere come mai esistano differenze notevoli nel modo in cui si realizza l'integrazione socio sanitaria tra un territorio ed un altro. La scelta tra il ritiro delle deleghe sugli interventi di tutela dell'infanzia all'Azienda Sanitaria o la loro conferma ha ricadute dirette sul livello operativo e quindi sul tipo di presa in carico, di valutazione del bisogno e di rapporto con l'utenza» [pp. 20-21].

«In ogni caso, ancora oggi, la valutazione in Italia spesso si concentra sull'efficienza, tende a dare importanza alla legittimità degli atti amministrativi piuttosto che sulle ricadute sui destinatari degli interventi. Infatti occorre registrare una grave lacuna dei servizi sociali italiani: l'assenza di una pratica valutativa a livello professionale (di qualsiasi tipo ma soprattutto di efficacia) coerente e scientificamente fondata.

Secondo alcuni autori questa mancanza ha sostanzialmente due ragioni, una legata all'essenza stessa dell'oggetto della valutazione, l'altra di natura contingente e riguarda il rapporto tra valutazione e professionista, nel lavoro quotidiano:

Il primo aspetto riguarda la difficoltà di definire concretamente (e quindi rendere misurabili) i risultati che si vogliono perseguire nell'intervento di aiuto:

'Sovente ci si preoccupa di creare potenzialità piuttosto che di raggiungere uno "stato finale", si lavora per aumentare nei clienti la consapevolezza della loro situazione, per accrescere la capacità di utilizzo dei servizi, per proteggerli da situazioni a rischio o da difficoltà, o ancora per rendere più adeguato il funzionamento della famiglia. Questi aspetti sono intangibili e pertanto è difficoltoso determinare il loro raggiungimento' (Campanini A., 2006, pp. 25-26)

D'altra parte è stato osservato che: '[...] gli operatori sociali hanno difficoltà ad identificare gli scopi del programma in un modo chiaro e misurabile. Esempi comuni di questa difficoltà sono gli obiettivi espressi dall'operatore: "migliorare l'immagine che la madre ha di se stessa", "accrescere il ruolo genitoriale" o "accrescere la fiducia". Questi scopi sono insufficienti perché non viene data alcuna ragione o contesto per migliorare l'immagine di sé o la genitorialità (ad esempio migliorare la genitorialità per accrescere la sicurezza del bambino) [...] Inoltre, è molto difficile individuare indicatori per il loro positivo raggiungimento (Zeira A., 2003, p. 486).

Il secondo aspetto, la resistenza all'utilizzo sistematico di pratiche operative da parte degli operatori, può essere spiegato riprendendo quanto scritto prima a proposito del modello di valutazione che si è imposto in Italia: la valutazione che si concentra sul rispetto delle procedure e sul raggiungimento di output, a prescindere dal loro impatto effettivo, viene vissuta come un adempimento burocratico in più, rispetto al lavoro quotidiano.

Riuscire a coinvolgere maggiormente gli operatori è sicuramente un requisito indispensabile per lo sviluppo di modelli di valutazione scientificamente validati, ma a parere di chi scrive è una sfida che richiederebbe dei cambiamenti a livello di sistema di cui oggi in Italia non vi è indizio.

Mi riferisco alla tendenza a perpetuare quel modello di servizio sociale, e più in generale di welfare, puntualmente definito da Ranci Ortigosa ne-assistenzialismo (2007). Questo modello vede l'assistente sociale, soprattutto negli enti locali, utilizzato come un elargitore di contributi economici per far fronte all'urgenza di turno e invischiato in carichi di lavoro elevati che non gli consentono di prendersi il tempo per riflettere sul pro-

prio operato. In un'organizzazione con queste caratteristiche l'operatore porrà sempre delle resistenze verso un surplus di lavoro perché non ne riconosce l'utilità.

Riguardo all'intangibilità del prodotto dei servizi sociali, una soluzione definitiva non è data: la valutazione nel servizio sociale, ed in particolare quella di efficacia, dovrà sempre scontrarsi con il problema di definire cosa è positivo e per chi, ma ciò non ha impedito che si siano fatti sforzi concettuali per superare questo ostacolo. Il tema è centrale nella discussione scientifica sulla valutazione di esito e per il progetto Risc in particolare» [pp. 50-52].

La partecipazione alla sperimentazione Risc ha permesso al servizio di verificare l'utilità dello strumento S-P proposto dai ricercatori proprio in relazione alla riorganizzazione.

Utilità dello strumento

«... un modello per la valutazione di esito nel campo degli interventi sociali deve avere alcune caratteristiche:

— Deve permettere di verificare il rapporto tra risultati attesi e risultati ottenuti, quindi è necessario che valuti la situazione iniziale e quella dopo l'intervento. È fondamentale, inoltre, che preveda delle verifiche in itinere per correggere l'intervento in corso, qualora non stia sortendo gli effetti sperati e per comprendere i nessi causali tra l'intervento e i cambiamenti rilevati;

— deve essere multidimensionale, per evitare il rischio di semplificare e banalizzare la complessità delle situazioni che ha ad oggetto. Come è stato già sottolineato in precedenza l'oggetto dell'intervento sociale, e soprattutto socio- sanitario, è il benessere globale dell'individuo che non può essere rilevato solo da un indicatore;

— deve permettere di collegare i risultati ottenuti ai costi degli interventi, sia in termini di risorse materiali che professionali, soprattutto in previsione della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;

— deve essere in grado di adattarsi ai diversi contesti operativi. Come è stato sottolineato in precedenza, la realtà dei servizi sociali italiani è caratterizzata da un'estrema variabilità territoriali in termini di risorse materiali, professionali, infrastrutturali e organizzative;

— gli operatori devono cogliere l'utilità. In considerazione dell'elevato carico di lavoro che solitamente contraddistingue gli assistenti sociali in Italia, se lo strumento richiedesse un dispendio di tempo considerevole senza garantire un risultato apprezzabile probabilmente non verrebbe accolto positivamente dalla comunità dei professionisti. D'altro canto, a parere di chi scrive, esiste una certa avversione preconcepita da parte degli operatori verso la valutazione, [...], ma i cambiamenti che stanno avvenendo all'interno e all'esterno della professione impongono un nuovo approccio alla materia. Mi riferisco alle nuove richieste di rendicontazione presumibili con l'introduzione del federalismo fiscale e dei livelli essenziali e nel caso degli interventi che riguardano i minori su mandato

dell'autorità giudiziaria, alla riforma processuale introdotta dalla l. 149 del 2001 che introduce il contraddittorio anche per i procedimenti che riguardano i minorenni. A seguito di tale riforma sarà necessario dotare le valutazioni trasmesse all'autorità giudiziaria di maggiori criteri di oggettività perché possano essere più utili al Giudice e alle parti convenute;

— rispettare i principi dell'intervento professionale di ordine etico, metodologico e normativo.

La proposta del progetto RISC, per rispondere alla sfida di individuare un modello con le caratteristiche riportate sopra, è la sperimentazione dello 'schema polare'» [pp. 61-62].

La visualizzazione dei cambiamenti nello stato di benessere a tempi ravvicinati permette all'operatore di distanziarsi dalla relazione e quindi di prendere decisioni difficili e caratterizzate da un forte carico emotivo sulla base di dati più oggettivi.

Distanziarsi dalla
relazione e
prendere
decisioni difficili

«... considerazioni tratte dall'intervento di Anita Lightburn e Chris Warren-Adamson al Convegno di Firenze. Si è scelto di analizzare questo intervento perché il tema di cui tratta permette di comprendere una scelta di metodo del modello S-P proposto nella sperimentazione del programma RISC, mi riferisco alla possibilità di rilevare i piccoli cambiamenti attraverso misurazioni a breve termine (tre mesi). Questa scelta ha rappresentato una criticità per gli operatori che hanno partecipato alla sperimentazione (anche per chi scrive) dato che le valutazioni così ravvicinate hanno richiesto un carico di lavoro notevole, e solitamente nella prassi lavorativa non vengono effettuate valutazioni approfondite a scadenze così ravvicinate (vengono effettuati colloqui e verifiche frequenti ma meno approfondite). Occorre però considerare che, soprattutto nei casi sotto tutela su mandato dell'Autorità Giudiziaria uno degli aspetti che fanno la differenza tra la decisione di mantenere il minore presso la famiglia di origine o procedere con l'allontanamento è la valutazione della capacità/possibilità di evoluzione del sistema minore - genitori. Eticamente e professionalmente è quindi doveroso riuscire a cogliere e interpretare i segnali di cambiamento, anche se questi sono apparentemente minimi.

Nel loro intervento i ricercatori hanno trattato dell'importanza di studiare e rilevare i piccoli progressi (sensitive outcome) verso i cambiamenti a lungo termine.

Gli step verso gli outcome a lungo termine descrivono come avviene il cambiamento, il processo è cronologico, iterativo, adattivo e non lineare, quindi è un processo che risponde al contesto del programma, ai professionisti, ai genitori, verso outcomes a lungo termine. I sensitive outcome sono rilevabili più facilmente attraverso una teoria del cambiamento e nelle descrizioni dense di incidenti/eventi. Possono essere definiti da chi li rileva, dall'osservazione dell'osservatore partecipante, dalla collaborazione dei due.

Le tecniche che permettono di rilevare i sensitive outcome sono le brevi descrizioni etnografiche, l'analisi degli incidenti critici, i modelli quali - quantitativi ed è necessario raffinare i metodi di misurazione. Per descrivere i sensitive outcomes occorre concettualizzare il processo di cambiamento, sviluppare o affinare una teoria del cambiamento, mappare graficamente il processo di cambiamento» [pp. 72-73].

Le scale guidano la valutazione e permettono una condivisione dei risultati tra i vari professionisti.

Condivisione
delle decisioni tra
professionisti

«Dal 23 al 26 giugno 2010 si è tenuto a Malosco (TN) un seminario di ricerca a cui hanno partecipato le delegazioni di tutti i servizi sociali coinvolti nella ricerca in qualità di unità sperimentali e di controllo. Durante l'incontro c'è stato l'approfondimento di questioni pratiche e metodologiche quali l'utilizzo delle scale di valutazione, del software e ci si è soffermati sul significato dei risultati parziali ottenuti fino a quel momento. Ma il seminario ha permesso, soprattutto, uno scambio di impressioni tra tutti gli operatori coinvolti e i ricercatori. Di conseguenza appare importante riportare le principali considerazioni che sono emerse a Malosco, sintetizzandole in due categorie: "benefici" e "criticità" nell'utilizzo del programma S-P e in generale nella partecipazione alla sperimentazione.

Benefici:

— S-P è uno strumento che guida e organizza la valutazione e l'intervento professionale: tutti i gli operatori che hanno partecipato al seminario hanno sottolineato questo aspetto positivo. Per approfondire maggiormente questo aspetto si riporta il contributo del gruppo di operatori di Cesena (Emilia Romagna, gruppo di controllo): "Nel lavoro quotidiano, infatti, non si ha sempre il tempo per ragionare "a mente fredda" sui casi e quando è possibile il ragionamento rischia di non approfondire tutti gli aspetti in gioco. Il programma ha il pregio di strutturare la valutazione secondo varie direttrici [...], soffermando il pensiero dell'utilizzatore e distogliendolo dal problema contingente. [...] Una delle difficoltà che si incontra spesso nel lavoro quotidiano, dovendo fare i conti con il carico di lavoro e la diversità degli interventi in cui siamo chiamati ad operare, è quella di raccogliere i dati in cartella senza uno schema strutturato, con il rischio di perdere di vista il filo del progetto, proprio perché le frequenti evoluzioni del caso costringono a riadattare il piano personalizzato col risultato di seguire una traiettoria diversa da quella pensata in partenza, senza averne una precisa consapevolezza".

— S-P è uno strumento che permette di avere una visione di insieme delle risorse e delle carenze del sistema creato dalla persona e dalla rete che lo circonda, e il loro variare nel tempo. Anche su questo aspetto si è raccolto un consenso unanime, per esempio il gruppo di operatori di Torino (Piemonte, gruppo di controllo) ha rilevato come "gli strumenti della ricerca rappresentano dei supporti utili al fine di visualizzare la rete di aiuto e le risorse attivate a sostegno del nucleo. Attraverso lo schema delle responsabilità è possibile individuare non solo quali sono i soggetti

coinvolti nella progettazione degli interventi in favore del minore e del suo nucleo familiare, ma anche quale ruolo ogni singolo attore può assumere all'interno del processo d'aiuto".

— Lo schema polare permette un'efficace visione di insieme della situazione, in particolare il gruppo di Torino (Piemonte, gruppo sperimentale) ha sottolineato che "il metodo è di grande impatto (anche proprio dal punto di vista visivo e grafico). Permette una visione immediata e di confronto nei vari "T", nelle diverse sfere di vita del minore".

— S-P è uno strumento multidimensionale. Come si è cercato di sottolineare nell'esposizione dello strumento, una delle scelte fatte dai ricercatori è stata quella di valorizzare ma allo stesso tempo "pretendere" quale condicio sine qua non per una valutazione approfondita del rischio, l'integrazione delle professioni individuate dalla legge e dai principi metodologici dell'intervento socio sanitario: assistente sociale, psicologo, educatore (o/e insegnanti), pediatra. Il gruppo di operatori di Torino (Piemonte, gruppo sperimentale) ne ha sottolineato la portata innovativa nella realtà quotidiana dei servizi per l'infanzia: "la questione della unità di valutazione multidimensionale appare poi elemento non tanto nuovo, perché già presente in alcuni servizi (disabili, anziani), quanto poco sperimentato nel settore della tutela minorile. Questa è una sfida interessante, anche perché costringe a confrontarsi sui linguaggi utilizzati, sulla storia dei servizi, sulla questione trasversale della tutela, sulla dinamica, non sempre facile da gestire, protezione del bambino — cura dell'adulto. Nei nostri servizi stiamo timidamente iniziando ad attuare un recente protocollo in materia, insieme al servizio di psicologia. Il progetto RISC potrebbe favorire materiale di riflessione e di approfondimento".

— S-P è uno strumento "più oggettivo" rispetto ad altre scale di valutazione usate dai servizi, potrebbe in futuro essere utilizzato per rispondere all'autorità giudiziaria. È un aspetto positivo riconosciuto da molti operatori, anche se riportato soprattutto come un auspicio per il futuro, dato che lo strumento ancora necessita di sviluppi e condizioni organizzative (vedi nelle criticità) per poter essere adottato nella quotidianità. Il gruppo di Francavilla (Abruzzo, gruppo sperimentale) ha rilevato come "gli strumenti proposti nella sperimentazione offrendo un valido supporto nella analisi del caso, individuando bene le risorse e le criticità, danno la possibilità di riferire in sede giudiziaria non solo con completezza ma anche con discreti margini di oggettività". Gruppo dell'A.S.P. del Distretto Parma Sud Est (Emilia Romagna, gruppo sperimentale): "pensiamo che la schematicità e la sintesi delle varie caratteristiche [...] potrebbe essere utile anche come scheda riassuntiva da inserire nelle relazioni periodiche che via via vengono inviate al Tribunale per i Minorenni, sui singoli casi, allegando una legenda esplicativa".

— Molte schede della valutazione multidimensionale richiedono il coinvolgimento della persona (ovviamente se è in grado di esprimere un proprio giudizio, quindi ci si riferisce soprattutto alle valutazioni dei genitori) e la definizione degli obiettivi e l'analisi del grado di raggiungimento dovrebbero essere condivisi con la famiglia: è una valutazione

partecipata. Questa caratteristica dello strumento è stata ovviamente apprezzata da tutti i partecipanti al Seminario, in quanto la partecipazione dell'utente al processo di aiuto è un caposaldo della deontologia professionale.

Anche sulle criticità, così come sugli aspetti positivi, c'è stato molto consenso tra i partecipanti al seminario. Si riportano di seguito le principali:

— L'uso appropriato di S-P richiede molto tempo. La scarsità di tempo da dedicare all'acquisizione delle competenze necessarie per utilizzare un strumento nuovo e per il caricamento dei dati ha comportato un surplus di lavoro che ha messo in difficoltà molti operatori. Questa constatazione, a mio avviso, riguarda più le condizioni di lavoro degli assistenti sociali che la partecipazione alla sperimentazione. Come ho cercato di far emergere nella seconda parte della tesi (capitolo 7) il carico di lavoro attuale degli assistenti sociali in Italia li costringe a rimanere concentrati sul problema contingente. Il gruppo toscano ha sintetizzato efficacemente la questione, dichiarando di aver faticato "a dedicare il tempo necessario alla valutazione delle singole situazioni, alla mappatura delle risorse e dei bisogni e alla valutazione degli obiettivi. Gli attuali carichi di lavoro, la frequente attivazione di procedure di emergenza e urgenza sociale, limitano l'approfondimento necessario".

— Per poter utilizzare in maniera appropriata il protocollo S-P e ottenere quindi i risultati migliori, è necessaria una forte integrazione con le altre professioni. Purtroppo in molti territori non esiste un'effettiva integrazione sociosanitaria nell'area dell'infanzia. A mio avviso è la difficoltà maggiore nell'utilizzo dello strumento: se non si ha la disponibilità di educatori, neuropsichiatri, psicologi all'utilizzo del sistema le sue potenzialità rimangono inespresse. Il livello di integrazione è molto differente tra territorio e territorio, considerando ad esempio le modalità di indagine psicosociale su richiesta dell'autorità giudiziaria si distinguono servizi in cui assistente sociale e psicologo hanno incontri frequenti e ascoltano congiuntamente le persone in colloquio, in altri lo psicologo e l'assistente sociale si vedono solo per la definizione dei propri compiti e producono ognuno una propria valutazione che viene integrata (di solito dall'assistente sociale) nella relazione da inviare al Tribunale per i Minorenni. A tal proposito si riportano le osservazioni del gruppo di Cesena (Emilia Romagna, gruppo controllo): "E' stato uno dei problemi più segnalati dalle operatrici che hanno partecipato alla ricerca. Occorre precisare che l'unità di Neuropsichiatria Infantile, con cui si collabora maggiormente nelle valutazioni sui minori a rischio, era stata coinvolta fin dall'inizio nella ricerca, attraverso un incontro tra coordinatori. Di conseguenza con questa Unità c'è stata una collaborazione più agevole. Altre Unità afferenti al Dipartimento Cure Primarie e al Dsm non erano state ufficialmente coinvolte, come la Npi, ma hanno mostrato delle resistenze ad una richiesta di collaborazione fatta direttamente dalle operatrici".

— A volte non si ha la collaborazione delle persone oggetto della valutazione. Trattandosi di una sperimentazione era richiesto il consenso informato dei genitori dei minori individuati dagli assistenti sociali per la par-

tecipazione alla ricerca. Si è verificato, come era prevedibile, che alcuni genitori dei casi più complessi, quelli con cui si era instaurata nel tempo una relazione poco collaborativa, non abbiano dato il loro consenso. D'altro canto i genitori che hanno accettato di partecipare a RISC hanno (più o meno implicitamente) riconosciuto di trovarsi in una situazione di difficoltà nella crescita del loro figlio e probabilmente la loro collaborazione è stata più partecipe. Se, ipoteticamente, S-P diventasse uno strumento professionale di uso quotidiano il consenso al suo utilizzo non sarebbe più necessario in quanto il suo utilizzo rientrerebbe nella libertà di metodo di cui godono le libere professioni. Rimane comunque da valutare l'efficacia dello strumento in quelle situazioni (purtroppo frequenti) di estrema conflittualità tra operatore e genitori, laddove la compliance da parte dei genitori non è stata ancora conquistata.

— Lo schema polare è centrato sul soggetto, per esempio: nel caso dei minori non considera eventuali cambiamenti degli adulti di riferimento, per il bambino c'è uno schema polare, per i genitori un altro. Molti operatori hanno richiesto la possibilità di sintetizzare in un unico modello di valutazione i genitori e il bambino.

È fondamentale che gli operatori chiamati a mettere concretamente in pratica le novità che derivano dalla ricerca ne comprendano il senso e l'utilità perché queste possano esprimere tutta la loro efficacia, quindi il loro punto di vista è un indicatore importante della qualità dello strumento proposto.

D'altro canto la mia partecipazione al progetto di ricerca RISC dipende dal fatto che io stesso opero in un servizio sociale in qualità di assistente sociale e da sempre percepisco quanto le colleghe e i colleghi che lavorano oggi giorno nei servizi sociali siano sottoposti a forti pressioni da parte delle organizzazioni in cui lavorano, dell'utenza e anche dell'opinione pubblica, molto spesso fomentata da notizie poco approfondite sul loro operato. Quindi tale scelta rappresenta anche il mio modesto contributo per dar voce a chi solitamente non ha molti spazi per dire la propria opinione.

In conclusione la decisione di presentare il progetto di ricerca RISC, oggetto della tesi, abbracciando vari livelli di analisi aveva proprio la finalità di spiegare come le scelte sul singolo caso siano legate ad altre di ordine normativo, teorico, politico-gestionale e dal contesto culturale in cui storicamente si realizzano. Quello che credo di aver dimostrato è che lo strumento operativo proposto, seppur ulteriormente migliorabile, rappresenta una possibilità per l'evoluzione degli interventi a favore dei minori a rischio e delle loro famiglie, ma che la sua applicazione, possa incontrare delle difficoltà date da tre ordini di problemi:

1. La riforma del welfare state delineata dalla l. 328 è rimasta incompiuta: in Italia esistono tanti sistemi di servizio sociale quante sono le regioni e quindi i modelli di intervento variano notevolmente da territorio a territorio. In particolare si riscontrano difficoltà operative nel campo degli interventi sociosanitari tra cui rientrano quelli a favore dei minori a rischio di allontanamento. Una possibile soluzione a tale criticità potrebbe

arrivare con l'introduzione dei livelli essenziali, se fosse riconosciuto il diritto dei minori a rischio ad un'effettiva presa in carico multidisciplinare.

2. In Italia la disciplina della valutazione nel campo dei servizi sociali non si è sviluppata come in altri paesi. In particolare prevale un'attenzione alla valutazione quale strumento di controllo che la rende poco "attraente" agli operatori. L'accettazione da parte degli operatori dipende in larga misura dai progressi che saprà fare la ricerca verso nuovi strumenti in grado di aiutare concretamente il lavoro quotidiano.

3. L'utilizzo rigoroso di strumenti di valutazione come quello presentato in questa tesi richiede una dedizione competente e la possibilità di riflettere attentamente sul proprio operato. Ciò porterebbe vantaggi immediati ai destinatari degli interventi, cioè i bambini in difficoltà e le loro famiglie. Però in Italia gli assistenti sociali si trovano troppo spesso oberati da emergenze di natura assistenziale e occupati a predisporre interventi economici che a mio avviso mascherano il vero problema del nostro modello di welfare: la mancanza di un sistema di sostegno al reddito universale, equo e trasparente e la preponderanza degli interventi economici rispetto all'offerta di servizi» [pp. 101-107].

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Aa.Vv. (2010), *Valutare l'efficacia degli interventi per l'infanzia e la famiglia: prospettive internazionali a confronto*, in «Studi Zancan», 5, pp. 23-138.
- Aldgate J. (2012), *La valutazione nei servizi per l'infanzia in Scozia*, in «Studi Zancan», 2, pp. 82-89.
- Aldgate J., (2006), *The developing world of the child*, Jessica Kingsley Publishing, Londra.
- Anfossi R., a cura di (2011), *Informazione e diritti sociali: il contributo del segretario sociale come Lea*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Balboni E. e altri (2007), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Seconda edizione*, Giuffrè, Milano.
- Barbero Avanzini B. (2003), *Giustizia minorile e servizi sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Beecham J., Sinclair I. (2006), *Costs and Outcomes in Children's Social Care: Messages from Research*, Jessica Kingsley Publishing, Londra.
- Benvegnù-Pasini G., Bezze M., Canali C., Innocenti E., Vecchiato T. (2010), *Una deriva da contrastare a partire dalle famiglie*, in Caritas Italiana e Fondazione E. Zancan, *In caduta libera. Rapporto 2010 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Berry M. ed. (2007), *Identifying Essential Elements of Change. Lessons from International Research in Community Based Family Centres*, Acco, Leuven.
- Berry M., Brandon M., Chaskin R., Fernandez E., Grietens H., Lightburn A. (2006), *Identifying sensitive outcomes of interventions in community-based centers*, in «International journal of child & family welfare», 9, 1-2, pp. 2-10.
- Bertotti T. (2004), *La tutela minori: mutamenti, rischi e potenzialità*, in «Prospettive sociali e sanitarie», 34, n. 5/6, pp. 3-7.
- Bertotti T. (2010), *Servizi per la tutela dei minori: evoluzioni e mutamenti*, in «Autonomie locali e servizi sociali», 2, pp. 227-246.
- Bezze M. (2008), *Interventi per bambini multiproblematici: gravità dei bisogni, efficacia e costi*, in Canali, C., Vecchiato, T., Whittaker, J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Padova, Fondazione Zancan.
- Bezze M. e altri (2005), *La classificazione dei servizi e degli interventi sociali*, in «Studi Zancan», 2, pp. 93-131.
- Bezze M., Canali C., Innocenti E., Vecchiato T. (2010), *Lea sociosanitari: costi dei comuni, delle Ausl, delle persone*, in «Studi Zancan», 2, pp. 9-21.
- Bezze M., Vecchiato T. (2010), *Livelli essenziali di assistenza sociale: finanziamento, costi, equità distributiva*, in «Studi Zancan», 6, pp. 9-21.

- Biehal N. (2005), *Working with adolescents at risk of out of home care: the effectiveness of specialist teams*, in «Children and youth services review», 27, 9, p. 1045-1059.
- Biehal N. (2008), *Preventive services for adolescents: exploring the process of change*, in «British journal of social work», 38, 3, p. 444-461.
- Biehal N. (2012), *L'evidence-based nel mondo reale: sfide e problemi in Inghilterra*, in «Studi Zancan», 2, pp. 75-81.
- Blythe B.J., et al. (1993), *Metodi di misurazione nelle attività di servizio sociale a contatto diretto con l'utenza*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Borgia R., Canali C., Vecchiato T. (2010), *Rischio evolutivo e prevenzione dell'allontanamento dalla famiglia: indicazioni da uno studio sperimentale*, in «Quaderni Card», 10.
- Borgia R., Canali C., Vecchiato T. (2011), *Il ruolo del distretto e dell'ambito sociale nella valutazione del rischio e nella prevenzione dell'allontanamento dalla famiglia*, in «Quaderni Card», 11.
- Brandon M. (2010), *Analisi di metodi e approcci alla valutazione di esito: un'esperienza inglese*, in «Studi Zancan», 5, p. 146-155.
- Campanini A. (a cura di) (2006), *La valutazione nel servizio sociale. Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Roma, Carocci.
- Canali C., Vecchiato T. (2011), *Il rapporto Risc: guida alla lettura*, in «Studi Zancan», 5, pp. 57-76.
- Canali C. (2006), *L'integrazione di minori in situazioni di svantaggio socioculturale*, in «Studi Zancan», 4, pp. 190-196.
- Canali C. e altri (a cura di) (2008), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini e famiglie in difficoltà*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Canali C., Frigo A.C., Vecchiato T. (2008), *Disegni di sperimentazione, valutazione di efficacia e forza della prova*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (2011), *Approaches to evaluation in services for children and families*, in Maluccio, A.N., et al., *Improving outcomes for children and families. findings and using international evidence*, Jessica Kingsley Publishing, Londra.
- Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di) (2005), *La valutazione di outcome nei servizi per l'età evolutiva e la famiglia*, Fondazione E. Zancan; Padova.
- Canali C., Vecchiato T. (2008), *La conoscenza dei bisogni: problemi e prospettive*, in Mazzucchelli, F. (a cura di), *Il diritto di essere bambino*, Franco Angeli, Milano.
- Canali C., Vecchiato T. (2009), *Rischio evolutivo e prevenzione dell'allontanamento dei bambini dalla loro famiglia*, in «Studi Zancan» 3-4/2009, pp. 81-89.
- Canali C., Vecchiato T. (2009), *Scelte professionali e condizioni di efficacia*, in «Studi Zancan», 2, p. 28-43.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Risc. Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo. Rapporto finale*, disponibile su www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/StudiStatistiche.
- Canali C., Vecchiato T. (2010), *Risk for children: a multisite outcomebased research in Italy*, in Inside Out, University of Groningen.

- Canali C., Vecchiato T. (2011), *Servizi alle persone e sostegno alla genitorialità*, in Mazzucchelli F., a cura di, *Il sostegno alla genitorialità. Professionalità diverse in particolari situazioni familiari*, Franco Angeli, Milano.
- Canali C., Vecchiato T. (2011a), *Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo*. Rapporto finale, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Canali C., Vecchiato T. (2011b), *Valutare la rete dei soggetti e delle risorse per i bambini che vivono in famiglie multiproblematiche*, in Bastianoni, P., Taurino, A., Zullo, F., *Genitorialità complesse. Interventi di rete a sostegno dei sistemi familiari in crisi*, Unicopli, Milano.
- Caritas Italiana, Fondazione Zancan (2007), *Rassegnarsi alla povertà. Rapporto 2007 su povertà e esclusione sociale*, il Mulino, Bologna.
- Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali (2011), *Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore*, Roma.
- Dagenais C. et al. (2009), *Brief and intensive family support program to prevent emergency placements: lesson learned from a process evaluation*, in «Children and youth services review», 31, 5, p. 594-600.
- Dal Pra Ponticelli M. (a cura di) (2005), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma.
- Dell'Antonio A. (1999), *Genitori e «capacità genitoriale» alle soglie del 2000*, Edizioni Seam, Roma.
- Diomede Canevini M., a cura di (1993), *Documentazione professionale e valutazione degli interventi*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Ezell M., Spath R. (2012), *Un approccio a «piccoli passi» per valutare gli esiti dell'utenza*, in «Studi Zancan», 2, p. 62-73.
- Ezell M., Spath R., Zeira A., Canali C., Fernandez E., Thoburn J., Vecchiato T. (2011), *An international classification system for child welfare programs*, in «Children and youth services review», 33, pp.1847-1854.
- Fein E. (2003), *La scatola nera: tenere conto degli input quando si valutano gli esiti*, in C. Canali, A.N. Maluccio, T. Vecchiato, *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Fondazione E. Zancan, Padova, pp. 307-318.
- Fruggeri L. (2011), *Le famiglie chiedono aiuto, rappresentazioni e modelli di intervento nei servizi sociali*, in Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (a cura di), *Genitorialità complesse. Interventi di reti a sostegno dei sistemi familiari in crisi*, Unicopli, Milano.
- Ghezzi D., Vadilonga F. (1996), *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gilbert R., et al. (2009), *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*, in «The Lancet», 373, 9657, p. 68-81
- Gilbert R., Kemp A., Thoburn J., Sidebotham P., Radford L., Glaser D., MacMillan H.L., *Recognising and responding to child maltreatment*, The Lancet, Volume 373, Issue 9658, Pages 167 - 180, 10 January 2009.
- Gioga G., Mazzini E.L.L., Pivetti M. (2007), *Progetti personalizzati per le famiglie multiproblematiche con minori*, in «Studi Zancan», 4, pp. 181-198.
- Innocenti E. (2007), *Livelli essenziali per la tutela e la promozione della famiglia e delle persone*, in «Studi Zancan», 4, pp. 37-49.

- Knorth E.J., Kalverboer M.E., Knot-Dickscheit J. (eds.) (2010), *Inside Out. How interventions in child and family care work. An international source book*, Antwerpen-Apeldoorn, Garant.
- Lippi A. (2002), *Strategie per l'accesso ai servizi sociosanitari: informazione e partecipazione*, in «Studi Zancan», 6, pp. 118-131.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., eds (2002), *Assessing outcomes in child and family services. Comparative design and policy issues*, Aldine de Gruyter, New York.
- Maluccio A.N., Canali C., Vecchiato T., Lightburn A., Aldgate J., Rose W. (a cura di) (2011), *Improving outcomes for children and families. Finding and using international evidence*, Jessica Kingsley Publishers, Londra.
- Ordine degli assistenti sociali, consiglio nazionale (2009), *Codice deontologico degli assistenti sociali*, testo approvato nella seduta del 17 luglio 2009, in vigore dal 1° settembre 2009.
- Pompei A. (2004), *La valutazione del processo d'aiuto con la persona e la famiglia*, in R. Maurizio, *Progettare nel sociale*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Pompei A., Bezze M., Corsi M., Vecchiato T. (2005), *Due nuovi strumenti per la valutazione del bisogno sociale: la scala di responsabilizzazione e il livello di protezione nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6, pp. 63-75.
- Ranci Ortigosa E. (2007), *La funzione valutativa dell'assistente sociale nell'attuale contesto del welfare*, in U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*, Roma, Carocci, pp. 33-46.
- Rosen A. (1993), *Systematic planned practice*, in «Social Service Review», 67, 84-100.
- Rosen A. (2003), *Evidence-based social work practice. Challenges and promises*, in «Social work research», 27, pp. 197-208.
- Schorr L. (1992), *Making a difference. Focus, 2, Annie E, Casey Foundation* Baltimore, MD.
- Thoburn J. (2003), *Esiti per minori in affidamento permanente in una famiglia sostitutiva*, in Canali C., Maluccio A.N., Vecchiato T. (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Fondazione E. Zancan, Padova.
- Thoburn J. (2010a), *Achieving safety, stability and belonging for children in out-of-home care: the search for «what works» across national boundaries*, in «International journal of child and family welfare », special issue.
- Thoburn J. (2010b), *Bambini e ragazzi accolti all'esterno della loro famiglia: è possibile un confronto internazionale?*, in «Studi Zancan», 4, p. 27-37.
- Thoburn J. (2010c), *Bambini e ragazzi accolti all'esterno della loro famiglia: un confronto internazionale*, in «Studi Zancan», 6, p. 22-32.
- Torchia L. (2005), *Welfare e federalismo*, il Mulino, Bologna.
- Vecchiato T. (2010), *La valutazione di efficacia come esercizio di responsabilità*, in «Studi Zancan», 5, pp. 5-8.
- Vecchiato T. (2011), *Il distretto come ambiente professionale di cura, ricerca e sperimentazione*, Monitor n. 27, quaderno n. 8.
- Vecchiato T. (2012), *I volti della povertà*, «Studi Zancan», 1, pp. 7-18.
- Vecchiato T., Canali C., Ciampa A. (2011), *Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo: indicazioni da una sperimentazione multiregionale*, «Cittadini in crescita», 1, p. 33-38.

- Vecchiato T., Canali C., Innocenti E. (2009), *Le risposte domiciliari nella rete integrata dei servizi sociosanitari*, Padova, Fondazione Zancan.
- Vecchiato T., et al. (2009), *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6, p. 95-109.
- Vecchiato, T., Bezze, M., Canali, C., Neve, E., Pompei, A. (2009), *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6, pp. 95-109.
- Vivaldi E. (2008), *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino.
- Walsh F. (2008), *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Milano.
- Whittaker J.K. (2010), *Cosa abbiamo imparato dalle prassi basate su prove di efficacia: il valore della collaborazione transnazionale*, in «Studi Zancan», 5, pp. 43-53.
- Zeira A. (2003), *Promuovere autovalutazione in programmi per i minori a rischio e per le loro famiglie*, in C. Canali, A. N. Maluccio, T. Vecchiato (a cura di), *La valutazione di efficacia nei servizi alle persone*, Padova, Fondazione «Emanuela Zancan», pp. 479-494.
- Zeira A., et al. (2007), *Il lavoro sociale basato su prove di efficacia con minori e famiglie: prospettive internazionali*, in «Studi Zancan», 1, p. 72-91.
- Zeira A. (2010), *Diario di viaggio attraverso approcci qualitativi e quantitativi ieri, oggi e domani*, in «Studi Zancan», 5, p. 139-145.
- Zeira A. (2012), *Il lavoro sociale a diretto contatto con l'utente e le prove di efficacia: alcune riflessioni*, in «Studi Zancan», 2, p. 56-61.