



Composizioni Sociali

PERCORSI DI APPROFONDIMENTO A CURA DEGLI ASSISTENTI SOCIALI DELLA REGIONE LAZIO



**ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI**

**Consiglio Regionale
del Lazio**







ATTI DEL CONVEGNO

LA FAMIGLIA:

*le problematiche connesse alla sua trasformazione
nella società attuale.*

Le funzioni ed il ruolo della professione di assistente sociale

Corso di Aggiornamento

Organizzato dal Servizio Sociale della ASL RMA

dicembre 2007 – marzo 2008

Coordinatore Mariadele Blasi

Cocoordinatore Simonetta Cavalli

Segreteria Scientifica Cristina Lauricella





Ci è parsa ineludibile – come Comitato di Redazione - la proposta di pubblicazione degli atti del percorso formativo “La famiglia , le problematiche connesse alla sua trasformazione nella società attuale, la funzione ed il ruolo della professione dell’assistente sociale” realizzato dai colleghi/e della AUSL RMA e rispetto al quale l’Ordine aveva già porto la sua collaborazione nella fase progettuale.

Dinamiche relazionali sempre più complesse, all’interno di una realtà sempre più complessa, impongono approfondimenti importanti delle analisi rispetto alle relazioni, ai ruoli, alle funzioni ed alle disfunzioni degli agiti e dei vissuti, delle reti parentali reali e simboliche di quel contenitore/contexto affettivo che chiamiamo famiglia. Non pattinerò sulla crisi dei Servizi...

Voglio invece porgere un augurio serio: che questa estate, pur segnata da questo faticoso clima tropicale, ci porti al conio di nuovi modelli di intervento, di nuove strategie rispetto al nostro sé e al collettivo cui apparteniamo e che ci interroga quotidianamente e a molti livelli.

Buona estate a tutte/i

MLC







Indice

Introduzione

Mariadele Blasi, Simonetta Cavalli, Cristina Lauricella p. 9

Capitolo I

Il modello familiare sua evoluzione nel tempo e negli spazi

Famiglie, reti e servizi – Valeria Fabretti p. 13

La famiglia e le sue trasformazioni – Alessandra De Rose p. 23

Esperienze Operative presentate da:

Francesca Balestra p. 53

Stefania Tonetti p. 59

Capitolo II

La famiglia: l'instabilità dei legami e le nuove regole del diritto

Redatto ed elaborato da Simonetta Cavalli p. 63

Redatto ed elaborato da Cristina Lauricella p. 67

Esperienze Operative presentate da:

Paolo Savoirdi p. 69

Antonella Spadi p. 77

Elisa Pandolfo p. 81

Capitolo III

La famiglia: diagnosi sociale

Diagnosi sociale:

tecniche e strumenti – Sabrina Paola Banzato p. 85





Capito IV

La famiglia: ascolto e connessioni

Diagnosi sociale: tecniche e strumenti – Paola De Riù p. 131

**La misurazione della rete
come indicatore di valutazione sociale** – Chiara Caprini p. 157

**In ascolto delle famiglie: la consultazione
con genitori di bambini piccoli** – Bianca Micanzi Ravagli p. 161

Esperienze Operative presentate da:

Graziella Pianu p. 171
Alfredo Varone p. 177

Appendice

**La costruzione di un progetto
integrato e condiviso** – Stefania Ricci p. 187

Conclusioni

Dott.ssa Paola Rossi p. 191





Introduzione

Mariadele Blasi, Simonetta Cavalli, Cristina Lauricella

Il confronto tra colleghi ha evidenziato come una necessità di crescita professionale lo scambio tra le singole esperienze, le risposte offerte, codificate e non, per arrivare alla costruzione di un linguaggio comune.

Abbiamo cercato quindi di capire, nei vari servizi, cosa fa un assistente sociale e come lo fa, soprattutto.

Questa esigenza, che è sempre stata largamente presente all'interno della comunità professionale, ha trovato nella nascita del Servizio Sociale Aziendale il terreno fertile per potere prendere forma organizzata ed anche uno spazio mentale dove poter condividere esperienze, strumenti professionali, difficoltà ed il patrimonio creativo di buone prassi presente in alcuni servizi o più spesso "inventati" e offerti da singoli colleghi.

Nasce da queste premesse l'idea di un corso di aggiornamento rivolto esclusivamente agli assistenti sociali.

In questa ottica è apparso quasi "naturale" scegliere come tema di riflessione la Famiglia: luogo di vita e di relazioni che, oltre ad unire trasversalmente i vari servizi, offre l'opportunità di un confronto capace di spostare l'ottica dell'intervento dal problema alla persona nel suo contesto di vita.

L'intervento professionale dell'assistente sociale è caratterizzato non dal "mettere insieme" i vari pezzi del sapere e delle varie professionalità coinvolte nella specificità del problema ma nel "tenere insieme" tutte le potenzialità presenti individuali e temporali all'interno di un progetto chiaro, condiviso e dinamico. Una risposta frammentaria tende a dissolvere le responsabilità senza individuare una presa in carico, finendo con il disperdere le risorse e dando vita ad un intervento a volte sterile ed inefficace.

Il servizio spesso si trova impegnato nella formulazione di una dia-





gnosi che, per potere essere realizzata necessita di un “oggetto” da osservare immobile, in modo da poterlo in un certo senso “fotografare”. La realtà sociale, al contrario, è dinamica ed in continuo movimento, occorre quindi sapere leggere quel movimento per potere offrire una risposta che dal qui ed ora si attivi nel sostenere e promuovere un cambiamento positivo, che non perda di vista mai l'autodeterminazione e le possibilità reali dell'individuo.

Soffermarsi e riflettere sull'utilizzo del termine “diagnosi” è apparso necessario per costruire un linguaggio comune tra le varie professionalità dell'aiuto, al fine di non arroccarsi dietro trincee di strumenti professionali rigidi ed impermeabili ma invece impegnarsi in uno sforzo costruttivo e positivo che veda collaborare integrati i vari operatori coinvolti.

Integrazione quindi intesa come interazione professionale.

E' proprio nell'ottica di incontrare gli altri saperi che è necessario avere chiare le proprie competenze ed i limiti, definire e condividere strumenti e metodologie nella costruzione di una teoria di riferimento che possa rendere possibile il confronto, in una dinamica di arricchimento reciproco tra le varie professioni.

Proprio a significare la validità di quanto affermato, di non intendere cioè la diagnosi come uno strumento rigido e di protezione per l'operatore, ma invece come un prezioso indicatore di valutazione del disagio, ci siamo avvalsi della collaborazione di alcuni colleghi che attraverso la diretta presentazione di casi ci hanno aiutato a leggere nell'operatività quanto andavamo illustrando nella teoria.

Il corso ha sviluppato la tematica dell'evoluzione del modello della famiglia e degli interventi volti al suo sostegno, cercando di mettere in luce, nelle varie giornate, temi specifici tra loro intrecciati in modo dinamico.

La prima giornata apre la riflessione con uno stimolo verso la lettura socio antropologica del concetto di famiglia, del suo cambiamento nel corso del tempo e della evoluzione culturale del modello di riferimento. Nella seconda giornata è stato affrontato il tema della famiglia in rapporto alle istituzioni giuridiche, ai nuovi orientamenti legislativi, approfondendo il tema della mediazione come strumento di connes-





Introduzione



sione tra una lettura socio sanitaria del problema e le competenze dell'autorità giudiziarie.

Nella terza e quarta giornata sono stati messi in luce i temi legati alla formulazione della diagnosi sociale quale strumento indispensabile di valutazione professionale per arrivare alla costruzione di un progetto di aiuto integrato e condiviso.

Il lavoro della quinta giornata (che in parte verrà riportato in appendice) ci ha impegnati nella riflessione sulla possibilità di costruire progetti socio sanitari integrati tra diverse realtà sociali, pubbliche e private. In particolare sono stati illustrati alcuni progetti operativi e funzionanti, nel territorio della nostra ASL, nati dalle indicazioni della legge 328/2000.

Il corso ha visto partecipare, infatti, assistenti sociali appartenenti a diverse realtà operative, non solo della ASL RMA, ma anche ai municipi ricompresi nel suo territorio e al privato sociale accreditato.





Capitolo I

Il Modello familiare: sua evoluzione nel tempo e nello spazio

Famiglie, reti e servizi.

Testo della lezione della

Dott.ssa Valeria Fabretti

Università di Roma “Sapienza” Facoltà di Sociologia

Cattedra di *Sociologia della Famiglia*

L'intervento muove da una breve riflessione sullo statuto sociale della famiglia per arrivare a descrivere alcuni degli aspetti che sembrano prevalentemente connotare le condizioni del familiare nella società contemporanea. Si sottolineano, in particolare la tendenza – oggi manifesta nella pluralizzazione delle forme familiari – a ricondurre al “fare famiglia” significati ed esperienze sempre più diversificate e “privatizzate” e le modalità nelle quali si manifesta la vita relazionale della famiglia, tra socialità e isolamento, con attenzione alle disuguali condizioni sociali, economiche e culturali. Il percorso conduce, infine, ad alcune considerazioni utili ai servizi sociali nel rivolgere i propri interventi ad attori e contesti familiari.

1. RIFLESSIONI INTRODUTTIVE: SULLO STATUTO SOCIALE DELLA FAMIGLIA

Nessuna società è sprovvista di un'istituzione che rappresenta l'unità economica di produzione e consumo, il luogo privilegiato dell'esercizio della sessualità tra partner autorizzati, e della riproduzione biologica, dell'allevamento e della socializzazione dei figli. Tuttavia, anche se il modo coniugale monogamo con residenza comune





dei congiunti è di certo il più frequente, l'estrema varietà delle regole che contribuiscono alla fondazione della famiglia, alla sua composizione e alla sua sopravvivenza, dimostra che essa non è – nelle sue particolari modalità – un fatto di natura, ma, al contrario, un fenomeno propriamente culturale.

Da un punto di vista sociologico, la famiglia va letta come *dato universale storicamente e socialmente situato*. Ad essa va cioè riconosciuta una *storicità*, una sua creazione e produzione da parte della storia, e una rispondenza alla configurazione dell'organizzazione sociale, economica e culturale nella quale è inserita.

La famiglia intrattiene, dunque, un legame esteso e complesso con la società. Possiamo dire, anzi, che questa diventa tale quando risponde al bisogno umano di istituire un rapporto socialmente e culturalmente mediato con la realtà, quando cioè passa da un dato puramente naturale ad una forma di legame e relazione sociale. La famiglia è così parte fondamentale della *mediazione* tra l'uomo e la società in cui vive: uno dei luoghi privilegiati per la costruzione sociale della realtà, a partire dalla costruzione sociale degli eventi e rapporti apparentemente più naturali. E' entro i rapporti familiari, infatti, così come sono socialmente definiti e normati, che gli stessi eventi della vita individuale che in maggior misura sembrano appartenere alla dimensione della natura – come il nascere e il morire, la sessualità, la procreazione, il crescere e l'invecchiare – ricevono il proprio significato e vengono, tramite questo, consegnati all'esperienza individuale. La famiglia, dunque, agisce come *mediazione* fra la società e l'individuo, assicurando la corrispondenza fra significati individuali e significati sociali da attribuire agli eventi.

L'abitudine ad una apparente “a-problematicità” e “naturalità” dell'immagine di famiglia, che sviluppiamo proprio per la gravidanza che questa rappresenta nelle biografie di ciascuno di noi, lascia il posto, sotto la luce della speculazione e ricerca sociologica, all'emergere di una sostanziale complessità e non scontatezza del “fare famiglia”.

È proprio nello sforzo riflessivo e critico che, del resto, è nata sia la riflessione sociologica *tout court* che quella sulla famiglia, nel confronto con il passaggio dalle società pre-moderne alla modernità





e, con essa, alla crisi delle istituzioni così come tratteggiate dalla tradizione.

Il nesso famiglia-modernità è stato a lungo espresso nella formulazione di teorie volte a dar conto di una evoluzione lineare delle forme famigliari da estese e comunitarie a ristrette e specializzate, segnate dall'allentamento dei vincoli della parentela allargata e dal progressivo consolidamento del legame coniugale e filiale (così è ad esempio in Le Play, Ogburn, Parsons, etc.). Fino a vent'anni fa i manuali di sociologia contenevano l'affermazione che, nel passaggio dalla società tradizionale a quella moderna, la famiglia aveva subito un processo di *semplificazione*, e da *complessa*, costituita da tre generazioni e più unità coniugali, era diventata *nucleare*. Nel passaggio dalla società pre-industriale a quella moderna e nelle trasformazioni sociali culturali ed economiche legate anche alla diversa organizzazione del lavoro, prende forma la dissoluzione della famiglia "patriarcale" e l'allentamento dei vincoli di parentela.

Tuttavia, se pure in larga parte corretto, il nesso tracciato si è a mano a mano dimostrato insufficiente a descrivere la complessità del mutamento delle forme famigliari nella storia e la circolarità del rapporto tra queste e i più ampi processi sociali, economici e culturali (si vedano al riguardo gli studi di Barbagli). Si sottolinea oggi, infatti, quanto sia errato considerare il modello coniugale o nucleare un prodotto esclusivamente moderno. Alcune ricerche condotte dalla metà degli anni Sessanta in Inghilterra e in altri paesi occidentali, fra cui l'Italia, hanno messo in discussione l'idea stessa che il periodo dell'industrializzazione costituisca il grande spartiacque fra la famiglia "tradizionale" e quella "moderna". Quest'ultima, nell'accezione di famiglia nucleare, sembra infatti essere rinvenibile in periodi storici largamente antecedenti la rivoluzione industriale. Ci si spinge fino a sostenere che anzi sia stata la costruzione della famiglia nucleare a favorire l'industrializzazione.

In via complessiva può essere inoltre posta in discussione la teoria della riduzione delle funzioni della famiglia nella società contemporanea, secondo la quale la sfera di incidenza della famiglia si risolverebbe sempre più negli ambiti ristretti della formazione delle





personalità e della socializzazione. Si riconosce infatti una *polifunzionalità* ancora forte della famiglia. Agli aspetti *biologici*, legati alla funzione della riproduzione, e *psicologici-affettivi*, inerenti alla maturazione della personalità, la famiglia affianca tutt'oggi quelli più direttamente connessi al livello *sociale*, in virtù dei meccanismi di assunzione di *ruoli* sociali; a quello *economico* e al livello *culturale*, in riferimento alla funzione di integrazione culturale e simbolica svolta. In via generale, qui possiamo dire che la famiglia continua ad adempiere al suo compito di *riproduzione socio-culturale* e di *controllo* sulle nuove generazioni, attraverso la portata di quell'*ethos familiare* che agisce subordinando l'interesse individuale a quello della famiglia stessa e, in un certo qual modo, a quello della società. La famiglia, in particolare, non riproduce l'esistenza secondo modelli astratti e universali, ma sempre nel quadro dei valori e delle norme della cultura dominante e della sub-cultura della classe sociale cui la famiglia appartiene. Va dunque sottolineata la persistente importanza della famiglia nel determinare la posizione degli individui nella stratificazione sociale, economica e politica della società. Avere un certo tipo di famiglia anziché un altro è sempre più (e non sempre meno) rilevante agli effetti dei modi e delle opportunità con cui si entra e si sta nella società.

2. TENDENZE IN ATTO

Allo stesso tempo è possibile scorgere delle tendenze che parlano di una dinamica della famiglia contemporanea da considerare nella sua storia. Esse sono, per quanto riguarda i paesi occidentali sviluppati, abbastanza chiare.

La forma coniugale dell'unione familiare, seppur tutt'ora prevalente in Italia, è progressivamente indebolita nel quadro di un fenomeno di *pluralizzazione*, come moltiplicazione delle possibili forme d'intendere il "fare famiglia". Emergono e si consolidano "nuove famiglie", fra le quali, principalmente:

- le convivenze *more uxorio*, che indicano la situazione di due persone (di solito, ma non necessariamente, di sesso diverso) che vivono insieme sotto uno stesso tetto come sposi, senza essere uniti da matrimonio (in Italia ancora minoranza);





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



- le famiglie *ricomposte* (o *ricostituite*), caratterizzate da una coppia convivente, sposata o non sposata, con o senza figli, in cui almeno uno dei due partner proviene da un precedente matrimonio.
- le famiglie *unipersonali* (*ibidem*), costituite dai cosiddetti “singles per scelta”, oppure da chi è reduce da separazioni e divorzi, o, per la maggior parte, da donne anziane o vedove che si ritrovano a vivere sole a causa del venir meno della coabitazione tra le generazioni, del prolungamento della durata della vita e della maggior longevità di cui godono rispetto agli uomini;
- la famiglia *mista*, nella quale i coniugi o i partner sono di diversa cittadinanza.

Il caso italiano si pone tuttavia con una certa divergenza rispetto al quadro europeo. La famiglia coniugale resta ancora in larga parte “la” famiglia, cui si accede peraltro solo raramente dopo una convivenza. Inoltre, se in Europa il numero delle famiglie ricostituite è molto cresciuto a causa del forte aumento delle rotture coniugali nell’ultimo trentennio, nel nostro paese solo recentemente gli studiosi si sono interessati a questa forma di famiglia, poiché costituisce un numero esiguo nel quadro delle strutture familiari. A differenza di quanto accade altrove, le famiglie unipersonali, infine, sono per lo più costituite da anziani/e vedovi/e e solo in minima parte da giovani e giovani-adulti.

Il processo di de-regolazione delle forme familiari trova presupposto in quello di *soggettivizzazione* della famiglia nel quadro di una società sempre più “complessa”. In questo senso, vanno richiamati almeno due processi:

- l’*individuazione*, che propone in ciascun campo della vita sociale l’affermazione di valori prettamente incentrati sul singolo – come l’autorealizzazione e l’autonomia e la felicità individuale – a scapito di quelli riferibili ad una dimensione più propriamente collettiva;
- la *privatizzazione* della famiglia stessa, in termini di crescenti esigenze di regolamentazione intersoggettiva delle dinamiche familiari e di una conseguente percezione degli interventi normativi come indebita intrusione nella vita privata e nella sfera dell’autonomia individuale; la legittimazione richiesta è, per così dire, “a posteriori”,





come riconoscimento delle nuove espressioni intersoggettive e come necessità di regolazione delle conseguenze sociali delle scelte familiari compiute dagli individui, in particolare, per quel che riguarda i rapporti genitori-figli.

La regolamentazione autonoma da parte del soggetto dei rapporti familiari, infine, si innesta in quel processo di *parificazione delle relazioni* che si è avviato entro la famiglia di pari passo alla progressiva acquisizione dei diritti nella società, nel lavoro e nello stesso matrimonio da parte delle donne e alla democraticizzazione della sfera personale.

L'emergere di "nuove famiglie" non può, però, far parlare di una vera e propria "crisi della famiglia". Si può anzi affermare che siamo di fronte ad una moltiplicazione della dimensione familiare, e, in particolar modo nel caso italiano, ad una sostanziale tenuta sia della forma tradizionale che, a livello valoriale, per quanto riguarda la percezione, ad esempio da parte dei giovani, della sua importanza. In questo senso, la famiglia appare tanto più rassicurante quanto più capace di delimitare i confini della complessità dell'ambiente sociale, tarandosi come una sorta "laboratorio protetto" entro il quale i ragazzi possono sperimentare, senza il costo di eccessive conseguenze, pesi e misure del proprio processo di crescita e di costruzione dell'identità. Le ultime indagini Iard parlano, a questo proposito, di "socializzazione ristretta".

Questa centralità ha tuttavia un costo, per la stessa famiglia, rappresentato da quelle difficoltà, e talvolta da quelle forme di disagio, che si iscrivono nella quotidiana gestione, sempre più autoreferenziale, delle relazioni e nella tensione verso la riflessività che queste richiedono. Si pensi alle "fatiche" di ricomposizione e di senso richieste ai soggetti con biografie segnate da separazione o divorzi e, magari, dalla ricostruzione di nuove forme familiari.

I mutamenti che avvengono sul piano demografico – in primis, la riduzione della fertilità e l'allungamento della vita media – insieme a fenomeni di ordine socio-economico – quali l'ampliamento della durata dei percorsi formativi e il tardivo e precario ingresso nel mercato del lavoro – incidono sul rapporto, sempre più squilibrato, tra popolazione attiva e inattiva, ponendo alla famiglia alla complessa





prova della *care*. Tale processo, infatti, incide sulla solidarietà strutturale tra le generazioni, determinando una crescente tensione sulle reti familiari per la presenza di non attivi e di soggetti in condizione di fragilità e non autosufficienza.

Inoltre, lo spostarsi in avanti dell'età del matrimonio e del primo figlio e, complessivamente, la diminuzione della procreazione dimostrano che oggi la genitorialità, come condizione di vita quotidiana agita e praticata, “fa problema”: l'aumento dell'occupazione femminile tra le donne madri o comunque in età feconda pone problematiche legate alla conciliazione dei tempi – ovvero al rapporto tra lavoro riproduttivo e di cura e lavoro produttivo –, mentre negli ultimi anni si registra una preoccupante ascesa dell'incidenza della povertà tra le famiglie con più di un figlio.

È lecito dunque chiedersi su quali risorse possa contare la famiglia, in un Welfare complessivamente debole e tradizionalmente segnato da un “deficit di Stato” a fronte di una delega e di un “surplus di famiglia”.

3. RETI E RELAZIONI DI PARENTELA

Le ricerche sul caso italiano ci dicono che gli scambi parentali sono ad oggi forti e significativi, ma sempre più frequentemente compresi all'interno di una linea di discendenza *a baccello* (anziché, come un tempo, ad albero). In altri termini, essi coinvolgono meno soggetti, ognuno dei quali vive in una struttura di vincoli molto esclusiva ed onerosa. Si pensi alla tenuta, ma anche al carico, delle relazioni tra famiglia d'origine e nuove famiglie in una abitudine diffusa al “vivere vicino ai parenti” o all’“intimità a distanza”, entro un flusso continuo di divisione e scambio di risorse.

Se le relazioni di vicinato, soprattutto in ambiente urbano, risultano per lo più “a bassa relazionalità” (si vedano in proposito gli studi di Mutti), appaiono relativamente più forti e significative le relazioni amicali, che mostrano un livello di selettività molto più accentuato.

Le risorse informali – nelle loro diverse componenti – tendono a penalizzare donne, anziani e soggetti appartenenti ai livelli socio-culturali più bassi, per i quali le reti e i modelli di socievolezza risultano





più angusti e ristretti; si tratta, tuttavia, proprio dei soggetti che sperimentano un più elevato livello di bisogni e che più frequentemente fanno riferimento ai servizi socio-sanitari istituzionali. Il fattore generazionale agisce in maniera molto significativa, riconfermando una maggiore apertura verso l'esterno nei gruppi di età tendenzialmente più giovani. In generale, l'indice di interscambio è correlato positivamente con lo status socio-economico della famiglia e con la scolarizzazione media del nucleo.

Le famiglie multiproblematiche si legano spesso (in termini sia di causa che di conseguenza) alla frammentazione delle reti sociali e dello stesso nucleo familiare. Le famiglie in difficoltà sono infatti più spesso inserite in reti che riproducono o favoriscono la loro patologia.

La famiglia che si trova al centro di un circuito relazionale funzionante, che si fonda su scambi reciproci e su una capacità di flessibilità e di adattamento dei soggetti implicati nel network è in grado di modificare le modalità di svolgimento della vita quotidiana adeguandole ai mutamenti che si possono verificare all'interno e all'esterno del nucleo ed alle difficoltà che possono insorgere lungo il ciclo di vita familiare. Le famiglie che vivono entro un *network* labile, frammentato o che di esso sono totalmente sprovviste hanno un percorso invece caratterizzato da una carenza di risorse relazionali e materiali e possono, in alcuni casi, giungere a provocare l'espulsione del membro debole, in genere il minore. Si verificano, così, fenomeni di "dissoviazione" che hanno come esito la rottura o la dispersione di reti familiari, seppur deboli, di partenza (si vedano in proposito gli studi di Rossi).

Complessivamente il caso italiano dà conto di una situazione di potenziale sovraccarico funzionale, che fa ricadere su nuclei sempre più limitati e sempre più distanti (da altre reti di sostegno) la responsabilità di trovare e mobilitare risorse interne per dare risposte in termini di *care* accanto - o al posto - delle istituzioni di *welfare*. Allo stesso tempo, il tipo di risposta che sembra dare la famiglia, ovvero una solidarietà tendenzialmente limitata alla parentela più immediata, testimonia la crescente importanza delle relazioni ristrette e selettive.





nate ai fini della costituzione di una senso di appartenenza che è sempre più privato, esclusivo, giocato entro i confini della famiglia nucleare e dei rapporti genitori-figli adulti.

4. DAL PUNTO DI VISTA DEI SERVIZI

Come noto, il profilo del welfare per la famiglia italiano mostra tratti frammentati e deboli e il processo di sussidiarietà rivela le criticità legate alla istituzionalizzazione di cittadinanze locali come strumento di regolazione dell'accesso alle risorse pubbliche, al di fuori di un quadro di cittadinanza comune. Si pensi alle differenze rinvenibili tra le stesse definizioni di famiglia individuate per indicare i destinatari delle politiche sociali nelle varie Regioni – legittimamente costituita (ad esempio, in Friuli, Lombardia e Lazio) o anche “di fatto” (come nelle Marche) –; o alla ineguale distribuzione delle organizzazioni di Terzo Settore nel Paese – la Lombardia (come anche la Valle d'Aosta) tende a valorizza molto l'auto-organizzazione delle famiglie, fornendo incentivi a associazioni che rispondono a bisogni difficilmente raggiungibili dall'intervento pubblico; nelle regioni meridionali, invece, lo sviluppo del settore è largamente inferiore –.

Le differenze nei tipi di cittadinanza basati sulla territorialità si sommano così alle disuguaglianze profonde che contraddistinguono l'universo delle famiglia, per quanto riguarda sia la dotazione di capitali (economico, culturale e sociale-relazionale), che gli aspetti più privati dell'elaborazione dei significati associati al “fare famiglia”.

Il ruolo dei servizi sociali nella distribuzione di quei beni che possono essere considerati in tutto come “beni inclusivi” e universalistici, è in questo quadro più che mai cruciale.

A questo proposito le considerazioni avanzate rispetto alle dinamiche che le famiglie sembrano attraversare nel contesto attuale conducono ad alcune considerazioni.

Da parte delle famiglie si registrano tendenzialmente nei confronti dei servizi: una crescente richiesta di interventi più attenti ai bisogni particolari, ai microcosmi sociali e organizzativi che queste rappresentano; una crescente auto-organizzazione entro il terzo settore, seppure in ordine a problematiche tendenzialmente particolaristiche





e secondo entità non uniformi territorialmente; possibili forme di disorientamento e di marginalità rispetto al frastagliato mondo degli erogatori.

Quanto dunque i servizi sociali debbono accogliere è l'habitus ad un'azione che è sempre meno segnata dalla eccezionalità e sempre più inserita nella quotidianità, nel corso delle fasi del ciclo di vita e della progettualità della famiglia. Dunque, la capacità di tenere conto, nell'erogare i beni richiesti, dell'eterogeneità delle forme e dei bisogni che le famiglie rappresentano, coniugando combinazioni sempre originali tra fattori soggettivi-relazionali, da un lato, e sociali-strutturali, dall'altro.

Tale caleidoscopio di colori e forme familiari che si presenta agli operatori dei servizi alla persona deve da questi essere elaborato – al costo sempre scomodo di ridefinire le proprie immagini e rappresentazioni di ciò che la famiglia è o non è – e restituito, in termini di accresciuta riflessività e intelligenza degli interventi, dai servizi e dalla loro organizzazione. Di più, questo tipo di apprendimento riflessivo rappresenta una risorsa cui le stesse scienze sociali devono poter attingere per alimentare le ricostruzioni delle dinamiche della famiglia attraverso quelle informazioni che solo l'incontro quotidiano con le persone che la compongono può veicolare.





La famiglia e le sue trasformazioni

Testo della lezione della

Prof.ssa Alessandra De Rose

Professore ordinario di Demografia,

Sapienza Università di Roma, Facoltà di Economia

1. Il significato di famiglia: da dimensione individuale a sistema di relazioni

Ogni individuo può essere classificato, in un qualunque istante di tempo, poniamo al Censimento generale della popolazione, in una qualche forma di situazione familiare o come membro di una collettività.

La condizione familiare e abitativa o, come più efficacemente si esprime con termine anglosassone, il *living arrangement* di una persona è variabile nel tempo ed è in linea di principio possibile ricostruire la biografia familiare di ognuno di noi ed associare ad ogni specifico cambiamento il tempo speso nell'una o nell'altra forma di vita familiare. In questo senso, diventa immediato affermare che la famiglia è dimensione individuale estremamente dinamica, che varia al variare delle fasi del ciclo di vita: il percorso a cui più facilmente si pensa, che è anche quello più comune - nascita da una coppia di genitori con eventualmente altri figli, permanenza in questa tipologia fino alla maggiore età o fino all'indipendenza, passaggio ad una unione di coppia con o senza matrimonio, formazione di una nuova famiglia con nascita di figli, uscita di questi dalla famiglia, vedovanza a causa della morte del partner – è un esempio efficace di come la biografia familiare scaturisca dinamicamente dalla storia di ognuno di noi.

Ma c'è di più. Il percorso familiare di un individuo non si intreccia solo con le sue diverse carriere, ma anche con quella degli altri soggetti a lui legati da vincoli di parentela o di convivenza: nell'esempio





di prima, con quella dei genitori almeno fino al momento dell'uscita dalla famiglia di origine, con quella del partner e dei figli, eventualmente dei nipoti, di un nuovo partner, dei compagni di un ospizio, ecc. In pratica, al variare del *living arrangement* varia, si amplia o si riduce il complesso delle relazioni interpersonali che legano tra di loro generi e generazioni attraverso legami sociali primari.

Allora si capisce che la famiglia assume un ruolo importante nella riflessione sociologica, non tanto, o almeno non solo, in quanto dimensione della vita individuale, ma in quanto luogo in cui si definiscono e si articolano in un sistema più o meno complesso le relazioni tra soggetti e perché da queste relazioni si originano risorse di cui tutta la società trae beneficio (i figli e il loro allevamento, lavoro informale, reti di aiuto, assistenza agli anziani, ecc.), ma anche bisogni, di cui la società stessa deve farsi carico (esigenze abitative, sostegni economici, servizi socio-assistenziali, equità di genere, tutela dei minori, ecc.).

Il sistema famiglia, inteso come complesso dei comportamenti e delle strutture familiari, è fortemente legato alle dinamiche demografiche: come si vedrà nel prossimo paragrafo l'evoluzione della fecondità e della mortalità hanno profondamente modificato tipologie e composizione delle famiglie nei paesi occidentali, dove sono cambiati soprattutto i modi e i tempi di costituzione di nuove famiglie, nonché quelli del loro scioglimento e di eventuale ricostituzione. D'altra parte, la famiglia è anche contesto per i comportamenti e le scelte individuali: la famiglia di origine, con le sue esperienze pregresse e le risorse che mette a disposizione dei figli trasmette valori e punti di riferimento e fornisce opportunità ai giovani di scegliere o (di trovarsi in) un percorso di vita e di coppia anziché un altro; la situazione di coppia, stabile o non convivente, coniugale o non, ha esiti di fecondità diversi; il *living arrangement* di un anziano non è senza conseguenze sulle sue aspettative di vita e di buona salute; ecc.

Si capisce, da quanto detto, che la Demografia, per descrivere e comprendere i fenomeni che la riguardano, non può prescindere dall'osservazione di quanto avviene all'interno della famiglia e di come tipologie e strutture familiari si modifichino nel tempo.





2. Le trasformazioni di lungo periodo

Il termine *famiglia* evoca essenzialmente due aspetti che sono, da un lato, il vivere insieme “sotto lo stesso tetto” associato, quindi, all’idea della coabitazione o convivenza tra soggetti diversi in termini di età e sesso; dall’altro, l’esistenza di legami filiali, di affinità, di consanguineità ciò che introduce il concetto di rete di parentela, che si estende “verticalmente” attraverso le generazioni ed “orizzontalmente” attraverso i legami collaterali. I due significati distinti - famiglia come comportamento (vivere insieme) e famiglia come struttura (insieme dei legami di parentela) –portano a definizioni di famiglia anche molto diverse, che possono non includere gli stessi insiemi: per esempio, ci può essere convivenza senza che ci siano legami di parentela, così come questi possono sussistere anche in situazioni di lunga e persistente distanza abitativa. Nella pratica degli studi sociologici, l’indagine sulla famiglia mira a cogliere contestualmente entrambi gli aspetti, individuando cioè le possibili diverse strutture familiari nell’ambito delle situazioni di convivenza. In altre parole, le diverse strutture familiari si riferiscono al tipo di vincolo di affinità, consanguineità, matrimonio o discendenza, che esiste tra i membri di un “aggregato domestico” (o *ménage* in francese, *household* nella lingua anglosassone).

Gli studi storici e demografici degli anni ’70 hanno elaborato una tipologia di strutture familiari, che prevede fondamentalmente quattro categorie di convivenza, a loro volta articolate in sottotipi:

- a) i gruppi domestici “senza struttura”, in cui cioè i componenti non sono legati chiaramente né da vincoli di discendenza né da rapporti di sesso. Questi comprendono sia la convivenza tra sorelle e fratelli, che tra consanguinei, sia coloro che vivono da soli;
- b) i gruppi domestici “semplici”, composti da genitori con figli, coppie senza figli, figli con un solo genitore;
- c) i gruppi domestici “estesi”, composti da un gruppo semplice a cui si aggiungono ascendenti diretti (un nonno o una nonna), o discendenti (nipoti) o collaterali (fratelli, zii);
- d) i gruppi domestici “multipli”, in cui coesistono più nuclei (famiglie semplici) legati da vincoli di discendenza (le famiglie a ceppo, per esempio o patriarcali classiche) o da vincoli di consanguineità





(convivenza tra più fratelli sposati con le loro famiglie).

L'applicazione di queste categorie al ricchissimo materiale storiografico dei paesi occidentali, in particolare quelli europei, nonché l'affinamento degli studi storici che hanno contestualizzato l'analisi della famiglia nella situazione economica, istituzionale e demografica hanno aiutato a sgombrare il campo dai troppi luoghi comuni e preconcetti su significato e caratteristiche della famiglia del passato e permettono di interpretare i cambiamenti recenti della famiglia con maggiore chiarezza.

Prima di tutto, è stata smentita l'opinione secondo la quale nel passato le famiglie fossero per lo più a struttura multipla, che prevalesse ovunque la forma patriarcale e che solo con l'avvento dell'industrializzazione si sarebbe cominciata a diffondere la famiglia nucleare, cioè il nucleo semplice, costituito da una giovane coppia che si stabilisce in una abitazione autonoma dai genitori. Le ricerche basate sulle prime fonti ben documentate e relativamente comparabili sulla composizione delle famiglie, gli *stati delle anime*, censimenti locali, ecc., hanno dimostrato, piuttosto, che già nel XV secolo in molti paesi europei, tra cui proprio l'Inghilterra, la struttura coniugale-nucleare era già il modello di struttura familiare prevalente, ben prima quindi che si compisse la rivoluzione industriale, che semmai è stata facilitata dalla presenza già diffusa di quel modello familiare.

Per molti secoli la famiglia ha svolto un ruolo fondamentale nella struttura produttiva, assumendo caratteristiche di vera e propria impresa: particolarmente nelle attività rurali ed artigianali la famiglia era unità produttiva, ma anche nel ceto borghese e nella aristocrazia i legami coniugali erano basati su veri e propri contratti che regolavano uso e distribuzione delle risorse. Allora, il modello familiare europeo, fondato sulla convivenza tra coniugi, che si sposavano ad un'età relativamente alta e con una differenza di età bassa, consentiva ai due sposi di condurre la propria impresa familiare senza coinvolgimento di terzi. La dimensione inoltre era ridotta a causa della fecondità contenuta, anche in ragione dell'alta età in cui specie le donne si sposavano, nonché di una mortalità infantile ancora molto elevata a metà del XIX secolo.





Accanto a questo modello, coesistevano famiglie estese e famiglie multiple nell'ambito, soprattutto, di determinate realtà rurali, ma queste non erano prevalenti ovunque nelle società contadine, né erano associate a condizioni sociali sfavorevoli: piuttosto più diffuse nella borghesia e tra la nobiltà, le famiglie patriarcali si mostrano associate ai sistemi di trasmissione di ricchezza e preservazione di potere. Ciò che prevaleva, dunque, era un'ampia diversificazione delle strutture familiari, anche più articolate che non nel presente: differenze tra Stati, tra città e campagna, tra ceti sociali, e tra forme di accesso alla proprietà, all'eredità ed ai "mestieri", rendono veramente difficile poter dire cosa si debba intendere per famiglia tradizionale del passato. Certo non è la famiglia multipla patriarcale, che, tanto cara all'immaginario collettivo della società italiana, proprio nel nostro paese era molto meno diffusa di quanto non si credesse fino ad una epoca relativamente recente.

Oltre che da una significativa molteplicità di forme e strutture, la famiglia pre-industriale era caratterizzata anche da una notevole instabilità. Contrariamente a quanto si possa pensare, infatti, le relazioni e gli affetti familiari erano ben meno duraturi e vincolanti di quanto non lo siano nella famiglia moderna. L'alta mortalità, ma anche la sostenuta mobilità geografica e la mancanza di rapidi ed efficienti mezzi di comunicazione, rendevano molto a rischio la solidità dei legami. La mortalità infantile poteva sottrarre ad una madre fino al 50% dei suoi figli; l'alto rischio di morte per cause legate alla gravidanza e al parto rendevano probabile la vedovanza per l'uomo e il restare orfano per i figli, ciò che giustificava i frequenti secondi matrimoni; la bassa speranza di vita maschile, le guerre e gli spostamenti migratori allontanavano rapidamente e per lungo tempo, se non per sempre, padri ed mariti da figli e spose. Insomma, anche senza divorzio o separazione, la famiglia di ieri non era meno soggetta a disgregazione ed instabilità di quanto non lo sia oggi.

Certamente, il processo di industrializzazione ed urbanizzazione ha favorito il diffondersi della famiglia nucleare-coniugale, che inoltre, al compiersi della transizione di mortalità, diventa più coesa al suo interno, anche solo per il semplice prolungarsi della durata dei





legami tra i suoi componenti. E' solo, infatti, nel corso dell'800 che si conferma in tutta Europa, pressoché tra tutti gli strati sociali ed in tutte le aree territoriali, un modello familiare stabile, fondato sul matrimonio, la convivenza tra coniugi ed una più lunga permanenza dei figli nella famiglia.

Alle soglie del XX secolo, il sistema familiare occidentale si presenta dunque semplificato nelle strutture e più vincolante nei comportamenti: il matrimonio sancisce l'unione di coppia, la neo-località caratterizza la scelta abitativa, il forte legame genitori-figli diventa l'essenza del vincolo parentale.

Questo tipo di famiglia, definita "moderna" dagli storici, presenta connotati nuovi rispetto a quelli della stessa tipologia nell'epoca pre-industriale. Essa infatti si fonda ora su valori fortemente individualistici e privatistici: sull'intesa sessuale e sull'amore tra coniugi, che si scelgono non più sulla base di interessi economici o contratti tra le famiglie di origine, ma sulla forza dei propri sentimenti; sul valore dell'indissolubilità del matrimonio; sul rispetto e la cura dell'infanzia in generale, e dei figli in particolare, che assumono un ruolo centrale negli affetti e nella destinazione delle risorse.

Questo tipo di famiglia, con il suo sistema di norme e valori, si è così profondamente radicato nella cultura occidentale, non solo in Europa ma anche negli USA, che è ad esso che si fa di fatto riferimento quando si parla di "famiglia tradizionale". Ed è, infatti, rispetto a questo modello – e non ad una generica famiglia del passato - che le trasformazioni culturali, sociali e demografiche avvenute nel XX secolo, ed in particolare negli ultimi decenni, hanno segnato una vera e propria rivoluzione dei modi di costituzione e di organizzazione della famiglia.

In estrema sintesi, ciò che viene messo in discussione nella società contemporanea della famiglia "tradizionale" non sono gli obiettivi individualistici e romantici di fondo dell'aggregazione familiare, quanto i modi ed i tempi giudicati necessari per raggiungerli: l'amore tra i partner rimane alla base di una coppia, ma il matrimonio (religioso) non è più l'unica scelta possibile per iniziare una convivenza; il legame non è più indissolubile se l'amore e l'intesa sessuale si affievoliscono.





scono; paternità e maternità restano valori personali indiscussi, ma il numero di figli può essere fortemente contratto e le nascite possono ben essere distanziate tra loro e dall'inizio della convivenza.

3. Comportamenti familiari nelle società occidentali contemporanee

La trasformazione dei comportamenti e delle strutture familiari nel nostro secolo, accelerata dopo il secondo conflitto mondiale e, in particolare, a partire dagli anni '60, è stata talmente intensa da indurre gli studiosi a parlare di una "seconda transizione demografica". L'evoluzione culturale e dei costumi, nonché i cambiamenti istituzionali ed i progressi economici e tecnologici, che hanno investito le società occidentali negli ultimi decenni, hanno accompagnato e sostenuto il nuovo corso dei comportamenti familiari, di cui vediamo ora nel dettaglio i tratti salienti.

Sposarsi, convivere, restare con i genitori, vivere soli

Il matrimonio, in particolare quello religioso, che fino alla metà del secolo era stata l'istituzione fondante della famiglia, perde la sua attrattiva e sempre più coppie vivono insieme senza essere sposati. Il numero di matrimoni celebrati da 1000 nubili diminuisce in tutti i paesi europei, mentre aumenta l'età media alla quale si celebrano le nozze, soprattutto per le donne.



Composizioni Sociali

INDICATORI DI NUZIALITÀ

Anno	Numero matrimoni	Percentuale su popolazione	% con età donne
1961	397.461	7,9	1,8
1971	464.464	7,5	3,9
1981	316.953	5,8	12,7
1991	312.001	5,5	17,5
1993	302.230	5,3	17,9
1995	290.609	5,1	20,0
1997	277.738	4,8	20,7
1999	280.330	4,9	23,8
2001	264.028	4,8	27,1
2003	257.880	4,5	29,7

Fonte: ISTAT, 2004

L'età media al matrimonio negli ultimi tre decenni è salita di sette anni tra gli uomini (da 26,3 anni nel 1975 a 33,2 nel 2003) e di oltre cinque anni tra le donne (da 24,4 anni a 29,9), con un aumento costante nell'intero periodo. Considerando la crescita media annuale, è possibile stimare nel 2006 un'età media al matrimonio per le donne di 30,6 anni e per gli uomini di 33,7.

Parallelamente, si diffonde la convivenza “senza carta”, che è inizialmente una scelta dei giovani, in attesa di essere convertita in matrimonio, ma presto e soprattutto nelle regioni del Nord d'Europa, diventa una vera alternativa al matrimonio.

DONNE DI ETÀ 35-39 ANNI IN COPPIA PER TIPO DI UNIONE

PAESE	Matrimonio (brutto)	Matrimonio preceduto da convivenza	Totale (8-9+10)
Svezia	8	62	30
Regno Unito	72	18	10
Francia	55	33	12
Germania	38	33	29
ITALIA	91	5	4

Fonte: ISTAT, 2004





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



L'Italia si differenzia molto in questo scenario, perché al ritardo ed alla riduzione della nuzialità non si è sostituita la convivenza (solo 4 donne su 100 convivono).



Dove il matrimonio si ritarda senza essere diffusamente sostituito dalla convivenza – caso tipico dei paesi del Sud d'Europa – i giovani permangono a lungo nella casa paterna, in attesa di raggiungere l'indipendenza, economica prima di tutto e poi abitativa ed affettiva: lasciare il nido, sicuro ed accogliente, richiede sempre più tempo e risorse.

ETÀ MEDIANA ALL'USCITA DEI FIGLI DALLA CASA PATERNA

PAESE	Uomini	Donne
Danimarca	21,4	20,3
Regno Unito	23,5	21,2
Francia	24,1	22,2
Germania	24,8	21,6
ITALIA	29,7	27,1

Fonte: ISTAT 2007



Composizioni Sociali

Un'alternativa al matrimonio, all'unione o a restare in famiglia di origine è viveri soli, costituendo le cosiddette famiglie uni personali, che però tra i giovani restano una minoranza ed una scelta riservata ai maschi.



La conseguenza del ritardo dei giovani nella formazione di nuove coppie e la rigidità del modello di partnership (solo matrimonio e no convivenze more uxorio) è la bassa frequenza di donne che vivono in coppia: 32% in età 15-49 contro il 50% che si registra in Svezia. Ciò non è senza conseguenze sulla fecondità, cioè sul numero di figli mediamente messi al mondo dalle donne.

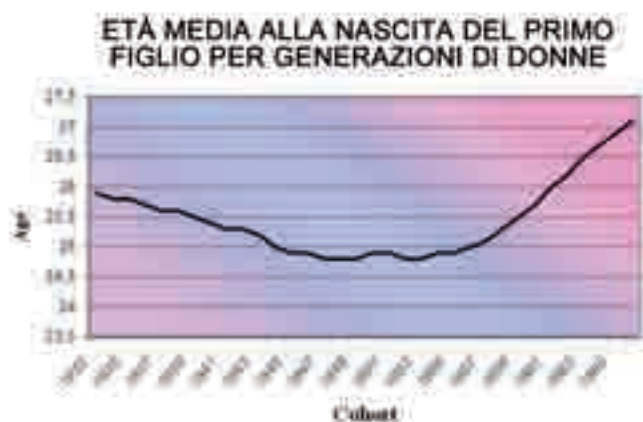
Ritardo dell'ingresso nella vita riproduttiva, figli o non figli e nascite fuori dal matrimonio

Il ritardo e le modalità con cui inizia la vita di coppia influisce sulla successiva vita riproduttiva: se l'unione di tipo coniugale (con matrimonio o no) inizia sempre più tardi anche il primo figlio arriva più tardi, ma crescono anche, indipendentemente dal calendario dell'unione, l'età della donna alla nascita del primo figlio e gli intervalli tra le nascite successive.





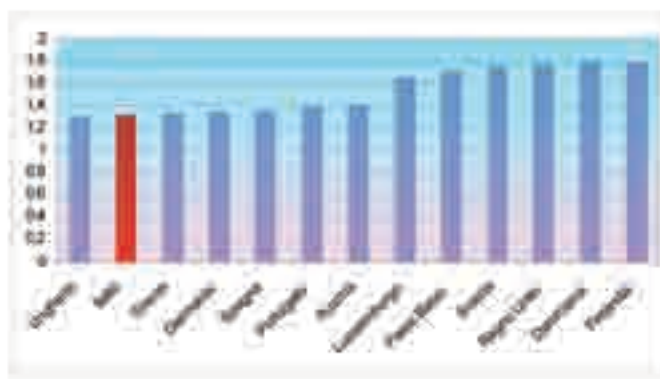
Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



Roma, 15 dicembre 2007

Il declino forte e persistente della fecondità, iniziato nel secolo precedente durante la “prima transizione demografica” si trascina nel XX ed accelera la sua corsa: la contrazione della dimensione familiare raggiunge il suo apice negli anni '70 (il “baby bust”), ma i minimi storici del tasso di fecondità totale del periodo si raggiungono negli anni '90 nei paesi del Sud d'Europa.

NUMERO MEDIO DEI FIGLI IN EUROPA ANNO 2005

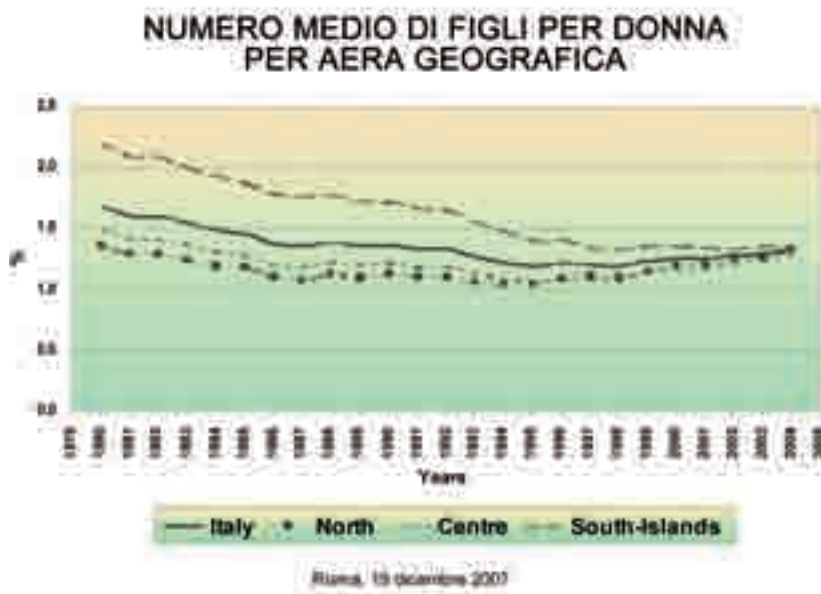


Roma, 15 dicembre 2007



Composizioni Sociali

L'Italia è al minimo livello ed al suo minimo storico e le differenze regionali tendono ormai ad attenuarsi: anzi, è proprio nelle regioni meridionali, che per decenni hanno mantenuto alto il livello della fecondità, che si osserva negli ultimi anni il calo più vistoso.



Inoltre, la scarsa diffusione delle unioni informali contribuisce a tenere bassa la dimensione media della famiglia, perché la percentuale di nascite che avviene fuori del matrimonio formale rimane molto bassa.

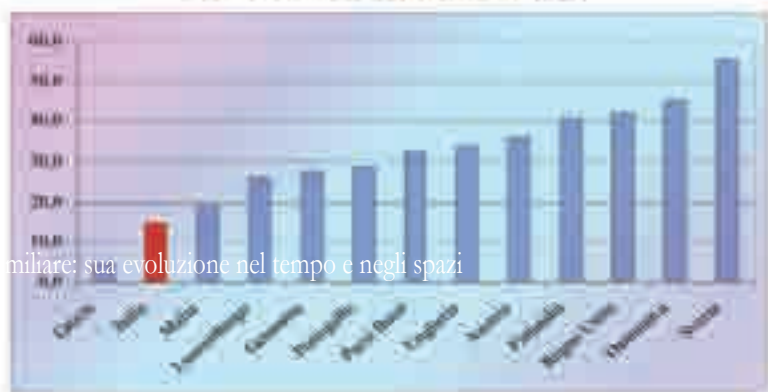




Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



PERCENTUALE DI NASCITE FUORI DAL MATRIMONIO
IN ALCUNI PAESI EUROPEI (2004)



In pratica, in Italia o ci si sposa (in ritardo) o si rimane sostanzialmente fuori dai processi di formazione di una nuova famiglia, inclusa la riproduzione. Infatti, dal momento che ovunque la nascita dei figli avviene in oltre il 90% dei casi all'interno di una relazione stabile di coppia basata sulla convivenza, il mancato "rimpiaggio" dei matrimoni persi e/o ritardati con unioni di fatto implica una contrazione almeno equivalente della natalità.

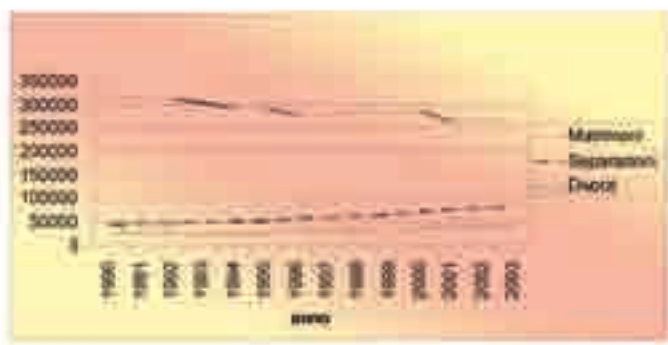
Il numero di coppie che opta per la libera unione, non sancita cioè, almeno immediatamente, da un atto con validità legale, sta comunque aumentando anche nel nostro paese: le unioni di fatto sono passate dall'1,8% nel biennio 1994-95 al 3,6% del totale delle coppie, pari a 510.000 unità, nel 2001. L'indagine campionaria sulle famiglie condotta dall'ISTAT relativa al biennio 2002-03 rileva 564.000 unioni di fatto. Queste coppie sono piuttosto diverse da quelle tradizionali, sia come caratteristiche dei partner coinvolti – mediamente più giovani, più istruiti, meno prolifici e con un rapporto di genere tra i partner più paritario – sia per le condizioni di partenza che hanno dato origine alla relazione stessa. Si tratta, infatti, spesso di *step-families*, cioè di nuove coppie, anche con figli già nati, che si costituiscono all'indomani di un precedente fallimento coniugale o di una vedovanza.



Instabilità della famiglia

L'indissolubilità delle unioni coniugali non è più un caposaldo della famiglia. Le coppie che si sciolgono volontariamente a causa di contrasti tra i partner o semplicemente per la fine dell'intesa sentimentale sono sempre più numerose ovunque nel mondo occidentale. In alcuni paesi – quelli scandinavi e negli USA - i matrimoni che finiscono per separazione o divorzio sono fino al 50% del totale. Anche in Italia le rotture sono in aumento, sebbene le percentuali restino basse in confronto ai paesi dell'Europa centro settentrionale.

MATRIMONI, SEPARAZIONI E DIVORZI IN ITALIA 1990-2003



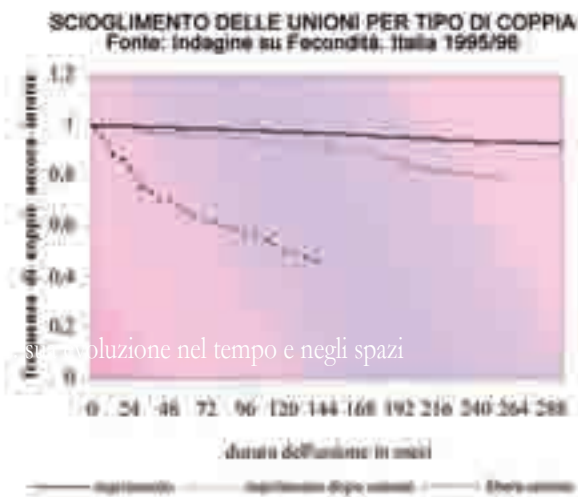
Roma, 18 dicembre 2007

Inoltre, la fragilità dell'unione non risparmia le coppie quelle informali: la frequenza con cui i partner di convivenze si separano è anche più elevata che nei matrimoni e, comunque, arriva a durate più brevi come mostra il grafico seguente che riporta per l'Italia le proporzioni di matrimoni, unioni informali e convivenze seguite da matrimonio che sono ancora intatte alle varie durate di vita in comune.





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



Famiglie ricostituite e famiglie estese

Tra le conseguenze della separazione e del divorzio, che in molti paesi ha sostituito la vedovanza come causa principale dello scioglimento dell'unione coniugale, emergono (o meglio tornano) forme di famiglia complessa che il modello europeo occidentale del XIX secolo sembrava aver completamente soppiantato: le famiglie ricostituite, spesso in seguito ad un secondo matrimonio, ma più frequentemente attraverso un'unione informale, che si compongono, oltre che della nuova coppia, anche dei figli nati da almeno uno dei due partner in unioni precedenti; le famiglie con un solo genitore, quasi sempre la madre; le famiglie poli-nucleari che si formano quando uno dei due partner, rimasto solo, eventualmente con i figli, si unisce alla famiglia di origine e ne condivide risorse ed abitazione. Le famiglie estese, lungi quindi dall'avere il significato e l'origine che avevano nei secoli addietro, tornano ad essere un'alternativa alla famiglia nucleare-coniugale, e la rete di parentela, anche in assenza di una effettiva convivenza, assume una funzione importante di aiuto e sostegno ad una famiglia che è sempre più ridotta nelle dimensioni e più instabile nei legami che uniscono generi e generazioni.

Le conseguenze delle trasformazioni dei comportamenti indivi-





Composizioni Sociali

duali in tema di nuzialità e fecondità si riflettono sulla composizione delle strutture familiari, che, in Italia, rimane comunque fortemente dominata dalle forme “tradizionali” (coppie con figli). Ciononostante, sono visibili gli effetti delle suddette trasformazioni nell’aumento delle coppie senza figli, famiglie di fatto e famiglie ricomposte.

STRUTTURE FAMILIARI IN ITALIA
1994-1995, 1996-1997,
1998-1999, 2001, 2002-2003
(Percentuali)

ANNO	Paese solo	Cop. 3 o più componenti	Famiglia nucleare	Coppie con figli	Coppie senza figli	Famiglie ricomposte	Famiglie di fatto	Famiglie ricomposte
1994- 1995	21.1	8.4	5.1	62.4	26.7	10.9	1.8	4.1
1996- 1997	20.8	7.9	5.3	61.2	27.8	11.0	2.0	3.5
1998- 1999	22.2	7.7	5.5	60.8	28.1	11.1	2.4	3.9
2000- 2001	23.9	7.1	5.1	60.2	27.8	12.0	3.1	4.3
2002- 2003	25.3	6.8	5.3	58.9	28.2	11.9	3.9	4.8

BOX - La famiglia nelle indagini dell'ISTAT

L'Istituto Nazionale di Statistica, al quale si devono la maggior parte delle notizie disponibili sulla famiglia, rileva le cosiddette *famiglie di fatto*. Con questo termine si intendono insiemi di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, adozione, tutela o da vincoli affettivi, dimoranti abitualmente nella stessa unità abitativa. Questa definizione, che si basa sui legami esistenti tra i componenti e la coabitazione, coincide con quella adottata dalle Anagrafi comunali, recentemente modificata dal nuovo Regolamento anagrafico (art.4 del D.P.R. 223/1989). In essa rientrano tanto le famiglie “tipiche”, cioè quelle costituite da genitori (sposati) e figli non coniugati, quanto





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



quelle complesse, quanto, ancora, quelle costituite da una sola persona. Allora, il Censimento distingue all'interno delle famiglie i *nuclei familiari*, costituiti da un insieme di persone coabitanti legati da vincoli di coppia e/o rapporto genitore-figlio (sempre che il figlio sia celibe/nubile)". Pertanto, una famiglia può essere costituita da un nucleo, più nuclei o nessun nucleo, se costituita da una o più persone non legate da alcuno dei vincoli previsti dalla definizione appena data di nucleo familiare.

Il Censimento rileva inoltre le *convivenze*, costituite da insiemi di persone che senza essere legate da alcun vincolo di matrimonio, parentela o affinità conducono abitualmente vita in comune per motivi religiosi, di cura, di istruzione, militari, di pena o simili. Si noti che il termine "convivenza" si riferisce, in questo caso, ad una situazione abitativa molto precisa, benché esso sia comunemente utilizzato per definire le unioni di coppia informali. Generalmente, il differente uso del termine risulta evidente dal contesto della discussione.

Fino ai primi anni '80, il Censimento generale della popolazione è stata l'unica fonte di informazioni per studiare tipologie e caratteristiche delle famiglie. Nel 1983, dovuta all'attenzione che acquisivano anche in Italia le trasformazioni dei modi e tempi di costituzione della famiglia e della discendenza, l'ISTAT conduce l'Indagine sulle Strutture e Comportamenti Familiari, che dà il via alla lunga serie delle rilevazioni campionarie dirette ad approfondire aspetti e problemi della vita ed organizzazione familiare. Rispetto alla rilevazione censuaria, le Indagini sulla famiglia mirano a cogliere le reali forme di aggregazione tra individui anche al di là degli atti formali che danno luogo alle registrazioni anagrafiche, approfondendo, così, l'analisi delle situazioni di fatto. Nel 1987 parte il primo ciclo dell'Indagine Multiscopo sulla famiglia, organizzata in modo da avere per due cicli consecutivi (ogni due anni) una parte comune e quindi direttamente comparabile ed approfondimenti specifici (il ciclo di vita, la salute, ecc.). L'Indagine Multiscopo è stata ristrutturata nel 1993 in un sistema di indagini indipendenti, ma completamente integrabili, nel senso che definizioni comuni, disegno campionario identico e modalità di imputazione, controllo e validazione dei dati consentono una effi-





cace lettura incrociata dei risultati. Alla fine di ogni anno, vengono rilevati aspetti importanti della vita quotidiana, che mirano a cogliere come vivono la famiglia ed i suoi componenti, quali problematiche devono affrontare ed il grado di soddisfazione nei confronti dei servizi pubblici e rispetto, in generale, alla qualità della vita. I principali contenuti informativi sono: famiglia e relazioni al suo interno, abitazione, zona in cui vive; istruzione e formazione; lavoro domestico ed extradomestico; spostamenti quotidiani; tempo libero e partecipazione sociale; stili di vita e condizioni di salute; consumi di farmaci ed utilizzo dei servizi sanitari; micro criminalità; funzionamento dei servizi di pubblica utilità.

Le Indagini sulle famiglia utilizzano le stesse definizioni di famiglia e nucleo familiare delle altre Indagini condotte dall'ISTAT, che hanno come popolazione di riferimento le famiglie anagrafiche (p.e., Indagine sulle Forze di Lavoro, Indagine sui Consumi, ecc.), ciò che consente un'integrazione efficace delle ormai numerosissime informazioni che si rilevano sullo stato sociale del paese.

La ricca produzione editoriale sui risultati delle Indagini sulle famiglie dà conto del rilievo che la famiglia ha nel sistema delle rilevazioni statistiche ufficiali, e ad essa si rimanda per gli approfondimenti tematici.

4. Il declino della fecondità: cause e conseguenze

Una vasta letteratura sociologica ed economica è dedicata alla spiegazione del declino della fecondità nel mondo occidentale e a questa si rimanda per eventuali approfondimenti (vedi riferimenti bibliografici). Dal punto di vista operativo, gli studiosi si stanno oggi interrogando sulle possibili misure da adottare per la riduzione di quei vincoli e costrizioni che non permettono agli individui di percorrere tutte le tappe della propria vita nei tempi e nei modi desiderati, né alle famiglie di raggiungere la dimensione desiderata. I vincoli e le costrizioni sono di natura sociale, economica ed anche culturale. Uno dei più dibattuti è quello che riguarda il mondo del lavoro e le sue rigidità. In particolare, la difficoltà di conciliazione tra lavoro della donna e famiglia è definita

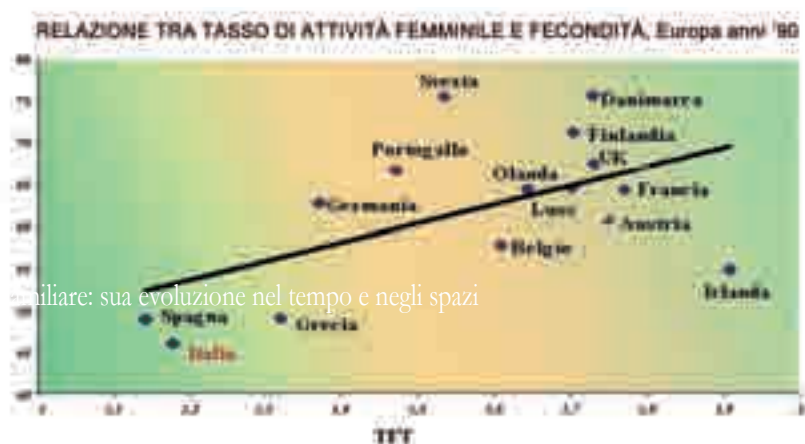




Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



la causa principale della permanenza della fecondità su livelli molto bassi ed anche della scarsa presenza femminile nelle attività produttive. Il grafico che segue mostra che nei paesi in cui i tassi di attività femminile sono più alti sono anche quelli in cui la fecondità è più elevata. Infatti, dove la donna è più presente nel mondo del lavoro, più elevata è la sensibilità sociale ed istituzionale alla conciliazione di tempi e forme di attività lavorative e familiari. L'Italia si colloca ai livelli più bassi sia del lavoro femminile che della fecondità.



Anche le misure a favore del precoce inserimento dei giovani nel mercato del lavoro e della loro emancipazione dalla famiglia, nonché il riconoscimento dei diritti alle famiglie di fatto risponderebbero non solo all'esigenza di garantire i basilari principi di equità sociale a tutti i cittadini, ma andrebbero anche incontro al "bisogno di famiglia" che emerge da tutte le indagini anche recentissime rivolte ai giovani (Indagini IARD sulla condizione giovanile) e agli adulti del nostro paese (Indagini Multiscopo sulla famiglia, ISTAT). In particolare, è evidente che esiste un bisogno di maternità insoddisfatta che si evince dai seguenti elementi:

- Il numero desiderato di figli è pari a 2, contro 1,3 della fecondità realizzata



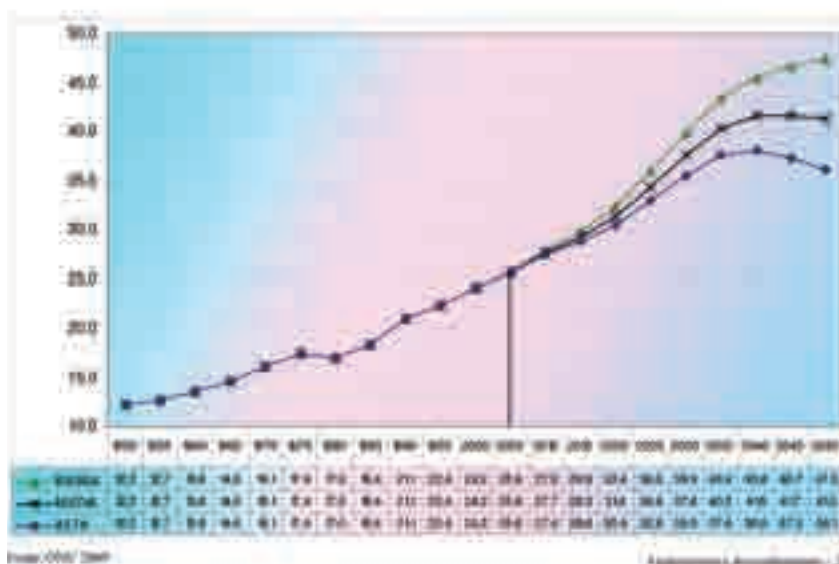


Composizioni Sociali

- Aumenta la fecondità delle donne in età matura
- Aumenta il ricorso a tecniche di fecondazione e riproduzione assistita
- Aumenta il ricorso alle adozioni

Le conseguenze collettive più eclatanti del calo della fecondità sono visibili nell'invecchiamento demografico, cioè nella modifica strutturale della popolazione in cui la percentuale di anziani cresce rispetto a quella di giovani. Qualunque sia il futuro andamento della fecondità (cioè anche in ipotesi alta di ripresa del numero medio di figli) la percentuale di ultrasessantenni è destinata ad aumentare.

**PERCENTUALE DI 60ENNI E PIÙ, IN ITALIA, 1950-2050
SECONDO TRE IPOTESI DI PREVISIONE**



Questo cambia i rapporti tra le generazioni: nel 2021 i nonni sopravvanzano del 15% sui figli.





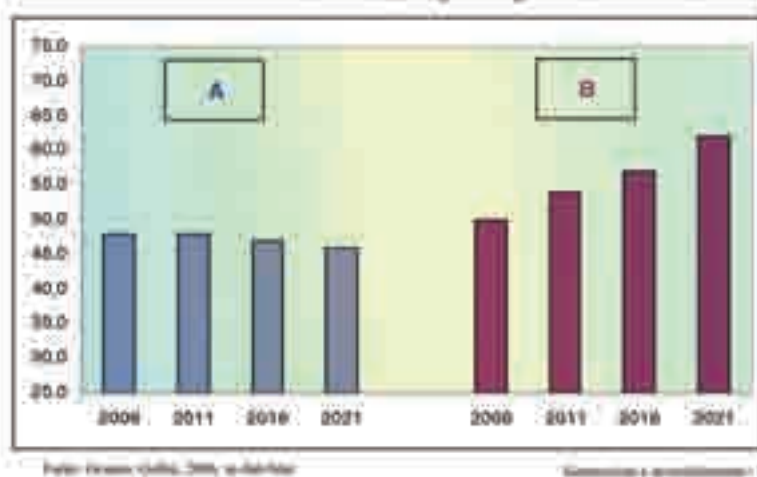
Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



RAPPORTI DEMOGRAFICI FRA LE GENERAZIONI, ITALIA 2006-2021

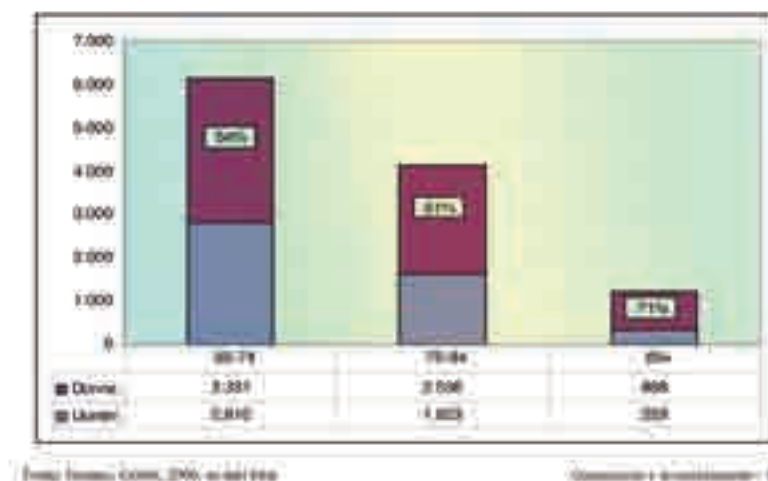
A - numero di "figli" (0-24 anni) per ogni 100 "genitori" (25-59 anni)

B - numero di "nonni" (60+ anni) per ogni 100 "genitori" (25-59 anni)



La popolazione anziana è poi caratterizzata da una forte femminilizzazione e la percentuale di donne aumenta con l'aumentare dell'età.

ANZIANI E VECCHI (IN MIGLIAIA), PER ETÀ E GENERE, ITALIA 2006





Chi si occupa degli anziani? In estrema sintesi, i dati recenti ci informano che:

- Il carico ricade sulle famiglie
- In Italia è molto basso il ricorso all'istituzionalizzazione
- Le reti informali sono in crisi
- Le giovani donne non garantiscono l'assistenza perché lavorano e perché le generazioni successive sono sempre più ridotte a causa della denatalità
- Una risorsa preziosa: l'immigrazione

5. La presenza degli stranieri: culture a confronto

La tabella che segue mostra l'aumento vertiginoso del numero di stranieri presenti nel nostro paese, soprattutto tramite una presenza regolare (residenti).

Popolazione straniera secondo le diverse rilevazioni e stime, intorno alla fine degli anni 1991, 2001 e 2006.

Valori assoluti (in migliaia) e percentuale del totale della popolazione, Italia

Paese /categorie	Valori assoluti (in migliaia)			% del totale popolazione		
	1991	2001	2006	1991	2001	2006
ITALIA						
Residenti ^(a)	356	1.335	2.939	0,6	2,3	5,0
Presenti legalmente ^(b)	707	1.708	2.987	1,2	3,0	5,1
Presenti legalmente + irregolari ^(c)		2.455	3.617	...	4,3	6,1

Note: (a) Per il 1991 e il 2001 dati del 13° e del 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni, per il 2006 dati dei Registri anagrafici comunali. (b) Permessi di soggiorno a cui è stata aggiunta una stima dei minori regolari che non sono titolari di un proprio permesso. (c) Presenti legalmente con una stima degli illegali basata nel primo caso sulla regolarizzazione del 2002 e nel secondo sui risultati dell'indagine SUD.





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



Dal punto di vista dei motivi per cui viene chiesto il permesso di soggiorno, si osserva una riduzione dei permessi per lavoro rispetto al 2004, sia per gli uomini che per le donne; a seguito dei ricongiungimenti familiari aumenta, invece, il numero di permessi di soggiorno per *famiglia* per entrambi i sessi.

Grafico 1 - Permessi di soggiorno in totale e per motivo di lavoro e di famiglia, al 1° gennaio degli anni 1992-2008



Il dettaglio della provenienza dei cittadini stranieri mostra l'estrema multi etnicità della presenza di immigrati nel nostro paese. Il confronto tra 2001 e 2007 mostra, inoltre, la veloce affermazione del gruppo di stranieri provenienti dai paesi dell'Europa centro-orientale, in particolare Romania.





Composizioni Sociali

Stranieri per paese di provenienza, Italia 2001-07

Aree e principali paesi di cittadinanza	21 ottobre 2001		1° gennaio 2007		Numeri indice 2007/2001
	Val. assoluti (in migliaia)	% per cittadinanza	Val. assoluti (in migliaia)	% per cittadinanza	
TOTALE	1.334,9	100,0	2.938,9	100,0	220
Paesi sviluppati	180,2	13,5	191,2	6,5	106
Paesi via di sviluppo e Europa centro-orientale	1.154,6	86,5	2.747,7	93,5	238
Unione europea a 15	132,1	9,9	148,9	5,1	113
Altri PSA	48,2	3,6	42,3	1,4	88
PECO nuovi Ue	121,7	9,1	456,5	15,5	375
PECO non Ue	315,1	23,6	775,8	26,4	246
Nord Africa	267,7	20,1	522,5	17,8	195
Resto Africa	118,8	8,9	227,4	7,7	191
Asia	208,6	15,6	503,2	17,1	241
America Latina	122,2	9,2	261,7	8,9	214
Albania	173,1	13,0	375,9	12,8	217
Marocco	180,1	13,5	343,2	11,7	191
Romania	74,9	5,6	342,2	11,6	457
Cina	46,9	3,5	144,9	4,9	309
Ucraina	8,6	0,6	120,1	4,1	1.389
Filippine	54,0	4,0	101,3	3,4	188
Tunisia	47,7	3,6	88,9	3,0	187
Macedonia	28,1	2,1	74,2	2,5	264
Polonia	27,2	2,0	72,5	2,5	266
India	27,2	2,0	69,5	2,4	256
Ecuador	13,7	1,0	68,9	2,3	502
Perù	29,5	2,2	66,5	2,3	226
Egitto	27,3	2,0	65,7	2,2	240
Serbia e Montenegro	49,3	3,7	64,4	2,2	131
Senegal	31,2	2,3	59,9	2,0	192

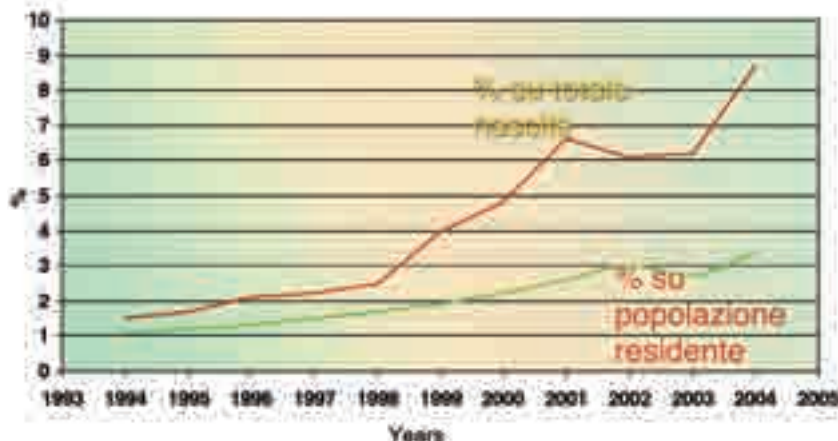




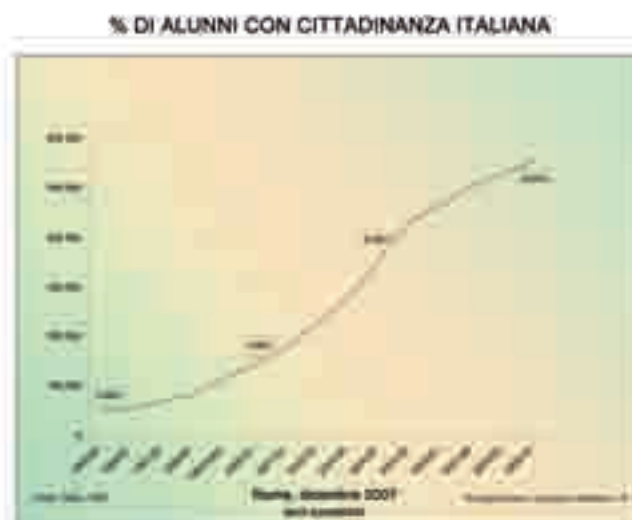
Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



La maggiore presenza di stranieri sul nostro territorio comincia ad avere degli effetti sempre più evidenti sul nostro sistema sociale e demografico. Intanto, aumenta il numero di nascite da genitori stranieri:



e, di conseguenza, la percentuale di alunni stranieri che frequentano le nostre scuole:





Composizioni Sociali

Le famiglie di stranieri si consolidano sempre di più, come mostra anche la crescita delle richieste di cittadinanza:



Fare famiglia da straniero è certamente un fattore di integrazione di grande importanza. Ma la completa realizzazione di questo passaggio passa, necessariamente, per una crescente richiesta di servizi e diritti.

Il riconoscimento della famiglia multietnica e multiculturale sconta dell'impreparazione dell'Italia di fronte al problema del confronto fra le diverse culture etnico-religiose in materia familiare e di welfare. Illuminante in questo senso a lettura del contributo di Pierpaolo Donati alla Conferenza Nazionale sulla Famiglia (Firenze 24-26 Maggio 2007) al quale si rinvia per una lettura approfondita e del quale si riportano qui alcuni stralci:

“In breve, occorre aprire un nuovo spazio di riflessione sul il significato della dimensione familiare per i processi di integrazione tra persone immigrate e società riceventi, che deve essere intesa come azione positiva, basata sulla parità di trattamento e sull'apertura reci-





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



proca, tra società ricevente e cittadini immigrati. Il nodo da affrontare è il seguente: da un lato, sul piano sociale, la trasformazione dell'immigrazione di individui (specie se maschi) in immigrazione familiare rappresenta un fattore di normalizzazione della presenza di popolazioni immigrate, e dunque di rassicurazione della maggioranza autoctona; dall'altro, sul piano politico, il ricongiungimento familiare viene concesso solo allorquando l'immigrato dia prova di aver raggiunto un sufficiente livello di integrazione, economica e abitativa.

Il dilemma sta nel fatto che, mentre la promozione di una immigrazione familiare è positiva e utile sul piano sociale, perché vista come un fattore di contenimento di comportamenti potenzialmente devianti, anomici o indesiderabili, essa viene di fatto contrastata per la prevalenza di un altro ordine di considerazioni, relative alle possibili implicazioni in termini di spesa pubblica, dell'arrivo di famiglie non economicamente autosufficienti. [...]

Il ricongiungimento familiare non è solo un problema giuridico (il riconoscimento dei diritti della famiglia e il confronto con altri modelli di relazioni familiari), ma comporta l'esigenza di un percorso di integrazione che riguarda lo status delle persone (uomini e donne adulte, figli minori) e la predisposizione di "pacchetti" di welfare (lavoro, casa, scuola per i figli, servizi sociali e sanitari, ecc.) che mettano la famiglia, e non solo i singoli individui, in grado di entrare in una comunità locale e di esserne partecipe e responsabile. Qui lo Stato può solo dare qualche normativa generale, ma sono soprattutto gli attori di società civile che dovrebbero darsi da fare creando "contratti relazionali", cioè contratti nei quali ci siano insieme lavoro (dato dalle imprese o altri attori economici), offerta abitativa (agenzie di allocazione delle case), offerta formativa (scuole), offerta di servizi (Asl, sistema integrato dei servizi sociali, organizzazioni di privato sociale).

L'impostazione assistenziale che ancora prevale in Italia ha sinora prevenuto dal pensare in questi termini. Per configurare un welfare familiare per gli immigrati, così come per gli autoctoni, occorre adottare nuove strategie di *welfare societario plurale*. [...] Finora, sono soprattutto gli aspetti più "esteriori", di estraneità (dello straniero





come estraneo), che hanno attirato l'attenzione. Per fare degli esempi, basti pensare allo spinoso problema dell'immigrazione di una famiglia poligamica (proveniente in genere, ma non solo, dai paesi musulmani). Finora, è avvenuta ignorando l'esistenza di queste famiglie (c'è chi ha suggerito di registrarle all'ufficio di anagrafe-stato civile secondo modalità curiose, per esempio registrando la prima moglie come moglie e le altre come collaboratrici domestiche). Ma questo problema deve trovare una regolamentazione chiara e giusta al più presto. [...] Il giurista fa innanzitutto osservare che gli ordinamenti normativi a cui i modelli matrimoniali e familiari fanno riferimento non sono pari-ordinati. Per il diritto positivo italiano (e occidentale in generale), l'ordinamento giuridico statale, che si applica a tutti i cittadini (e per certi profili anche agli stranieri), definisce l'orizzonte vincolante *all'interno del quale* si collocano gli ordinamenti religiosi (cattolico, di altre denominazioni cristiane, islamico ed ebraico), che si applicano soltanto ai propri fedeli e non hanno la stessa efficacia obbligante del primo. In altre parole, cattolici, ebrei e musulmani di nazionalità italiana – tanto per fare esempi – sono tutti soggetti al diritto di famiglia dello Stato italiano (con qualche aggiustamento per i primi in virtù dell'art. 8 dell'Accordo di Villa Madama). Mentre soltanto il cattolico è soggetto al diritto canonico, soltanto l'ebreo al diritto ebraico e soltanto il musulmano al diritto musulmano, con un vincolo di soggezione che, inoltre, ha un limitato rilievo civile.

Ciò è indubbiamente vero. Ma il punto di vista giuridico è impreparato ad affrontare la nuova situazione, nella quale la posizione del diritto statale non è più quella tipica della modernità, in cui è l'ordinamento dello Stato-nazione che sovrasta, come ordinamento superiore (vertice, centro) tutti gli altri. Nella società odierna, e ancor più in quella multiculturale del prossimo futuro, lo Stato-nazione è sempre meno forte, e deve cedere sovranità ad altri soggetti (verso l'alto – cioè verso le comunità sovranazionali e verso gli attori della globalizzazione -, e verso il basso – cioè verso le comunità regionali e locali -, con tutti gli attori complessi che questi diversi livelli territoriali, culturali, economici, politici comportano). La società multiculturale implica una ridefinizione delle relazioni fra ordinamenti giuri-





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



dici diversi. Emerge un continuo *shifting* fra diritto dello Stato e altri diritti, in particolare quelli delle varie comunità religiose. Cosicché la superiorità del diritto statale diventa sempre più problematica.

Da tutto ciò consegue che i problemi sono di due tipi: a) i primi sono problemi di compatibilità dei modelli “religiosi” con il modello statale (in tema di matrimonio, famiglia e *welfare*); b) i secondi sono i problemi di compatibilità tra i diversi modelli “religiosi” coesistenti nel Paese. [...] “

Per concludere, il confronto con le problematiche delle famiglie straniere può favorire un ripensamento globale su diritti e doveri in materia familiare ed è possibile che il diritto matrimoniale e familiare debba affrontare, nel prossimo futuro, una revisione del concetto occidentale classico di matrimonio e famiglia, a causa di due fattori principali: la penetrazione nello spazio giuridico europeo, in seguito ai processi di immigrazione, di modelli matrimoniali e familiari differenti da quelli previsti sia dal diritto canonico che dal diritto civile; il riconoscimento (anche se il più delle volte non certo la parificazione) che certe legislazioni nazionali hanno dato (o daranno) ad altre forme di unione (eterosessuale ed omosessuale), frutto ultimo della tendenza alla privatizzazione e contrattualizzazione del rapporto coniugale. In questa direzione, le linee guida tracciate dall'Europa saranno una preziosa risorsa anche per l'Italia, che è ancora piuttosto arretrata anche culturalmente sul piano del riconoscimento delle nuove situazioni familiari.





Riferimenti bibliografici

M. Barbagli, M. Castiglioni, G. Dalla Zuanna, *Fare famiglia in Italia: un secolo di cambiamenti*, Bologna 2003;

C. Buzzi, A. Cavalli, A. De Lillo, a cura di, *Giovani del nuovo secolo. Quinto rapporto LARD sulla condizione giovanile in Italia*, Bologna 2002;

A. De Rose, *Introduzione alla Demografia*, Carocci, Roma 2001;

A. De Rose, *Voce Matrimonio*, Enciclopedia Treccani, VII volume di aggiornamento, Treccani 2007;

Lesthaeghe R. (1995), "The second demographic transition in Western countries: an interpretation", in Mason K.O., *Gender and demographic change: what do we know?*, IUSSP, Liège

P. Donati, *Famiglia, migrazioni e società interculturale: quali regole di convivenza civile?*, relazione alla Conferenza Nazionale sulla Famiglia, 24-26 maggio Firenze, 2007;

I.T. Mucciconi Albi, *Matrimonio di fatto e pensiero giuridico*, Torino 2002;

A. Rosina, *Famiglie e generazioni*, relazione alla Conferenza Nazionale sulla Famiglia, 24-26 maggio Firenze, 2007;

G. Rossi, a cura di, *La famiglia in Europa*, Carocci, Roma 2003;

M. Stranges, *Ancora sulla famiglia*, Neodemos, 14-05-2008, http://www.neodemos.it/index.php?file=onenews&form_id_notizia=205

A.L. Zanatta, *Le nuove famiglie*, Bologna 2003.



Esperienze operative

Francesca Balestra

assistente sociale CSM ASL RMA

Per preparare l'esposizione di questo caso, seppure brevemente, mi sono ispirata ad un libro del 2003 scritto da due psichiatri che lavorano nel campo dell'adolescenza che ha avuto una certa diffusione: "L'epoca delle passioni tristi", di Benasayag-Schmit. Gli autori hanno rilevato una crescente domanda di aiuto, un malessere diffuso, una tristezza che attraversa tutte le fasce sociali e, prendendo da Spinoza la definizione "passioni tristi", si riferiscono a un senso di impotenza e incertezza talmente generalizzato che porta le persone a rinchiudersi, a vivere il mondo come una minaccia, alla quale gli adulti rispondono "armando" i propri figli. Gli autori descrivono il mutamento di segno del futuro come il passaggio dal futuro-promessa al futuro-minaccia.

Abbiamo analizzato, dentro questo quadro generale che secondo me va tenuto molto presente, come cambia la famiglia e le famiglie. Ci chiediamo anche: la famiglia, le famiglie odierne in Italia, con le metamorfosi in atto, possono produrre patologia psichica? Quali disagi possono mettere in luce?

L'adolescenza prolungata, la difficoltà a far proprio il principio di realtà, sono alcuni tratti del futuro-minaccia a cui si accennava. La "crisi dell'adolescenza" finisce quando il giovane raggiunge una certa stabilità e può entrare a pieno titolo nella società, non più come figlio, ma come suo membro responsabile. (Ciò significa poter trasformare ciò che è stato, è e sarà, anche contestare le norme ma in continuità con la società di appartenenza.)

Le famiglie disunte, affettivamente instabili, litigiose o indifferenti, incapaci di comunicare, producono patologia?

Il caso che vorrei brevemente presentare fa parte di una di queste famiglie disunte, e con grandi difficoltà comunicative. Proprio





nel passaggio da figlio a persona adulta e in particolare nello sperimentarsi nel ruolo di padre, sta uno degli snodi della vita e delle difficoltà di questo paziente del DSM che chiameremo Giovanni. Pur avendo vissuto un'apparente autonomia e un percorso di "normalità" rispetto agli appuntamenti della vita adulta (via di casa a 24 anni, ha iniziato a lavorare presto, si è sposato a 26 anni, ha avuto due bambini...) in realtà Giovanni non è uscito da una condizione di immaturità, né ha sciolto i nodi della crisi adolescenziale.

Lo abbiamo conosciuto dopo un primo ricovero coatto. Oggi, a distanza di un anno e mezzo, Giovanni è un giovane uomo di quasi 35 anni, che sta seguendo un percorso terapeutico-riabilitativo presso la nostra comunità. Questa scelta si è resa necessaria per consentirgli quella crescita che era come stata interrotta nel suo percorso personale. E' stato possibile essere affiancato da delle figure adulte (i terapeuti, lo psichiatra, l'assistente sociale) che potessero essere un riferimento stabile. Giovanni dopo un ricovero in SPDC nell'estate del 2006 era stato dimesso anche se ancora in precarie condizioni, per la sua insistenza e per la disponibilità della madre ad ospitarlo. Era stato così affidato al nostro CSM di via dei Riari. Fin da subito era stato chiaro che bisognava lavorare con la famiglia di origine oltre che con il paziente. Giovanni è figlio di genitori che si sono separati quando lui aveva 4 anni. Il padre, si era separato dalla famiglia quasi fuggendo, rivelando la sua condizione di omosessuale, era poi andato a vivere fuori Roma, pur mantenendo i contatti con i figli. La madre riferisce che non la ha mai aiutata con il figlio, che non ha retto fin dalla prima crisi di Giovanni (una crisi depressiva verso i 23 anni, in seguito ad una delusione sentimentale) non riuscendo ad essere presente ed essendo molto spaventato. Anche nella situazione attuale il padre è riuscito ad occuparsi del paziente solo dopo vari mesi di trattamento, dopo essere, pare, letteralmente "scappato" nel momento più difficile.

Giovanni dopo, lo ha raggiunto fuori Roma, passando con lui delle giornate bellissime, con grande affetto, ma il padre non è mai riuscito a svolgere un ruolo più autorevole. La madre lo descrive come un padre-bambino, che passava tanto tempo a giocare con i figli, un po' come fosse piccolo anche lui.





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



La madre che si è dovuta far carico dei tre figli dopo la separazione, si descrive come una persona che fa fatica a stare a contatto con il dolore, tanto da abbandonare la sua professione di logoterapista (troppo coinvolta dai pazienti) per mettersi a lavorare nel restauro dei tappeti antichi. Due sorelle maggiori, entrambe fuori casa, sposate e con figli. La scelta di questo caso per la nostra riflessione è proprio per la particolarità della famiglia di origine e per incentrare la riflessione sulla figura del padre. In un tempo in cui i genitori vivono con fatica lo stare nel loro ruolo, credo sia in particolare quella del padre la figura più in crisi. Il paziente di fatto non ha retto l'assunzione di questo ruolo, quando nel 2000 è nato il primo figlio, e ancora di più dopo il secondo figlio nato nel 2004.

Inoltre la riflessione si è sviluppata sul tema dell'autonomia.

In una società in cui i legami sono vissuti come costrizioni o come contratti, l'essere autonomi è percepita come una qualità altamente desiderabile. Ma il legame (familiare, sociale) per gli autori citati costituisce una tappa necessaria per l'approccio terapeutico che propongono come clinica del legame. Essere liberi, per Aristotele, è avere molti legami e molti obblighi verso gli altri (è lo schiavo colui che non ha legami, che non ha un suo posto)

Autonomia-potere

Essere forti

La fragilità (entrare nella fragilità significa vivere un rapporto di interdipendenza, in una rete di legami con gli altri). Quello che più temiamo per i nostri pazienti e le loro famiglie è l'isolamento. Torniamo a Giovanni si è sposato piuttosto giovane, la madre descrive anche la moglie come una persona immatura; ha studiato al liceo artistico, dimostrandosi un ragazzo intelligente ma con difficoltà a stare alle regole. Ha iniziato Architettura ma ha subito interrotto. Fin da giovane ha avuto la passione della fotografia e ha cominciato a lavorare nel campo anche in collaborazione con il cognato. Hanno aperto uno studio che per un certo periodo ha lavorato bene anche in collaborazione con nomi famosi del settore. Ha iniziato ad assumere eroina (inalata) un po' per reggere i ritmi





di lavoro ma anche con scopo lenitivo, di “auto-cura”, fino a sviluppare una dipendenza. E’ stato seguito dal Sert, ha deciso di stabilirsi fuori Roma con la moglie e i bambini per uscire da questa situazione. Nel 2005 arriva la separazione con la moglie: in seguito ad un distacco affettivo di lei nei confronti di Giovanni; i due restano a vivere insieme, Giovanni sperando di ricostruire una relazione. La ex moglie al contrario, vive altre storie nonostante la presenza di Giovanni, che alla fine “esplode” e viene a Roma, prima si fa ospitare da un amico, la madre è fuori Roma perché è estate e Giovanni finisce a dormire presso il suo ex studio e poi in strada. Il suo più grande dolore è stato quello di separarsi dai figli, di non poter vivere più con loro le cose belle della quotidianità, svegliarsi, prepararsi, uscire insieme, ecc... Giovanni rivive la sua esperienza personale di bambino abbandonato, privato di un padre molto affettivo, prossimo, compagno di giochi. Giovanni è così con i suoi figli.

Il lavoro del servizio e dell’assistente sociale

L’intervento del servizio sociale del Dipartimento di salute mentale è stato richiesto fin dall’inizio della presa in carico, in quanto lo stato di sofferenza aveva compromesso fortemente tutti gli aspetti della sua vita: dalla perdita del lavoro alla separazione dalla moglie, fino a condurlo per strada.

Per descrivere la linea di lavoro

- Capire
- Fermarsi
- Aiutare ad affidarsi
- Riaffidare delle responsabilità nel ruolo (padre, figlio, uomo in cerca di lavoro)

La prima cosa che viene da fare in questi casi può essere quella di cominciare a costruire qualcosa di concreto, trovare un argine alla totale distruzione dei legami familiari e sociali. Ma per costruire realmente qualcosa bisogna prima aiutare il paziente a fermarsi, e “costringersi” a capire.

I primi incontri con Giovanni (colloqui di supporto con lo psichiatra e l’AS) erano tutti protesi ad aiutarlo a fermarsi. Ar-





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



rivava agli incontri in stato di eccitazione, camminando avanti e indietro, trasandato, e in ritardo, e poi, durante il colloquio, cercava di rassicurarci sulle sue condizioni, sulla regolare assunzione della terapia farmacologia, sulla relazione con la madre.... Giovanni era spaventato da quello che gli stava succedendo, e per le conseguenze rispetto agli impegni di padre che sentiva di aver trascurato... La disponibilità all'ascolto ha reso possibile al paziente tempi sempre maggiori di colloquio, prima sopportato solo per pochi minuti, poi diventato un appuntamento quotidiano di orientamento e sostegno. Il coinvolgimento della madre innanzi tutto e poi del padre e delle sorelle, affettivamente presenti, non era però sufficiente ad aiutare Giovanni ad uscire dalla crisi che ormai andava avanti da alcuni mesi. La proposta della comunità terapeutica ha faticato ad essere accettata: Giovanni all'inizio l'ha vissuta come una sconfitta, come dare ragione alla madre che lo descriveva come uno fuori di testa... alla ex-moglie.. in più temeva che l'accettazione della sua condizione di bisogno lo avrebbe danneggiato nell'esercitare la potestà genitoriale.

Il pianto liberatorio.

Durante un colloquio, non più avanti e indietro nella stanza, ma seduto fermo, disperato, Giovanni ci ha chiesto aiuto, ha esplicitato tutta la sua angoscia, si è lasciato guidare.

Non doveva più recitare un va tutto bene. Ora, a più di un anno dal suo ingresso in comunità, sta ri-tessendo i suoi legami con molta sofferenza ma anche con grandi successi (non ultimo il rapporto con i bambini e la ripresa dell'attività come fotografo).





Composizioni Sociali





Il modello familiare: sua evoluzione nel tempo e negli spazi



Stefania Tonetti

assistente sociale consultorio familiare ASL RMA

Ricevo l'incarico di svolgere un'inchiesta socio-ambientale rivolta alla madre del minore Mohamed, 12 anni, affidato ad un servizio sociale di un Comune del Lazio.

La collega che ha in carico la situazione mi riferisce che Mohamed da un anno e mezzo è ospite di un istituto della zona e frequenta la II media. E' un bambino intelligente, bravo a scuola e ha un buon rapporto con i suoi compagni.

Mohamed è originario di un paese africano, prima viveva con la madre, ma non ha molte notizie su di lei, poiché pur avendola invitata tre volte a colloquio presso il suo servizio, la signora non si è mai presentata. Ha tentato anche una visita domiciliare, ma presso il domicilio indicato non ha trovato nessuno.

Mohamed si trova in istituto quindi bisogna valutare la sua situazione familiare per un eventuale rientro a casa o per decidere un affidamento eterofamiliare.

La collega ha forti dubbi sulla possibilità della madre di Mohamed di farsi carico del figlio visto che non si è mai preoccupata di contattare il servizio sociale.

Mohamed vive in istituto in quanto era stato trovato presso una famiglia di connazionali da agenti di polizia chiamati da vicini di casa allertati da grida. All'arrivo degli agenti il capofamiglia aveva spiegato che aveva punito suo figlio e Mohamed, visto che avevano commesso una ragazzata. Verificato che Mohamed non era suo figlio e la madre non era rintracciabile, con un provvedimento d'urgenza e provvisorio fu affidato al servizio sociale e collocato in istituto. La responsabile dell'istituto parla con simpatia di Mohamed e riferisce che la madre lo va a trovare tutte le domeniche e trascorrono insieme la giornata.

Primo colloquio con la signora Amina, presso la sua abitazione

Mi reco presso l'abitazione della signora Amina, la madre di Mohamed, ma non trovo nessuno.





Faccio un secondo tentativo intenzionata a lasciare un invito scritto con l'indicazione di un appuntamento al Consultorio, in caso di assenza della donna.

Verificato che il citofono non funziona mi reco all'ingresso della casa, busso e mi apre una donna africana di circa 40 anni che indossa abiti tradizionali del suo paese di origine.

Mi presento e lei comincia a piangere dicendo che non è giusto togliere i figli a una madre, che li ama e vive per loro.

Cerco di tranquillizzarla, spiego i miei compiti e affermo che solo in casi molto gravi i bambini vengono allontanati dalle famiglie d'origine. Mi rendo conto che Amina parla e capisce bene l'italiano.

Quando la invito per un colloquio al Consultorio ricomincia a piangere e mi dice che in questi giorni non si può allontanare da casa perchè l'anziana che assiste non sta bene.

Propongo di incontrarci a casa, lei accetta.

Visita domiciliare

Dalla visita successiva emerge una certa precarietà legata alla condizione lavorativa e quindi abitativa di Amina, nello stesso tempo la signora sembra essere una donna consapevole delle sue difficoltà concrete e sicura di poterle affrontare.

Dopo circa quindici minuti dal mio arrivo vengono per una visita i suoi datori di lavoro.

Sono una coppia di circa sessanta anni, hanno assunto da vari anni Amina per assistere l'anziana zia.

I due sono molto interessati ad Amina e alla sua vita, emerge una relazione con lei affettuosa, si trattano con familiarità. Lei li definisce "i parenti italiani".

I due chiedono ad Amina di mostrare le foto delle feste e degli anni passati insieme, molte di queste ritraggono Mohamed con loro e la "nonna".

Si è evidenziata la capacità di Amina di stabilire relazioni significative, inoltre ho potuto osservare che Amina può muoversi liberamente per tutta la casa, che ha una stanza per lei e una per il figlio, che è arredata e piena di giochi, libri, disegni del bambino.





Seconda visita domiciliare.

Chiedo alla donna di raccontare la sua storia, sottolineando che qualsiasi progetto non prescindere da lei.

Amina si mostra decisamente più disponibile e dice che la sua vita è ed è stata molto faticosa, ma che ha cercato di affrontare sempre tutto.

Accenna alla sua vita e quella della sua famiglia prima di arrivare in Italia: il marito era un funzionario statale. Avevano dovuto lasciare il loro paese dopo un violento cambio di governo.

Ora però, ha paura di perdere il figlio, come ha perso gli altri due. Racconta, allora, che è in Italia da 15 anni, che è arrivata con il marito e due figli, perchè il marito aveva perso il suo lavoro.

Volevano fermarsi in Italia, ma il marito non riusciva ad integrarsi, allora decise di trasferirsi in Canada. Lei ha sempre lavorato e i primi tempi sono stati duri.

Mohamed nasce in Italia. Dopo poco il marito parte per il Canada, impegnandosi a riunire al più presto la famiglia.

Lei perde il lavoro. Decide di chiedere aiuto ai servizi sociali che le propongono di affidare a due diverse famiglie i figli più grandi. Lei accetta, ma col passare dei mesi si rende conto che i figli si abituanano alle nuove famiglie e al nuovo stile di vita: Amina dice che sono persone di un buon livello economico e sembrano rifiutarla. Ora i rapporti con i figli sono limitati alle telefonate fatte dalla madre, e lei sente di averli ormai persi e che per il loro bene si è dovuta tirare indietro, ma questo le causa grande dolore. Anche per questo non può accettare di vedere Mohamed crescere lontano da lei. Aggiunge che l'episodio che ha portato Mohamed in istituto è stato interpretato male e racconta che aveva affidato per qualche giorno il figlio a una famiglia di connazionali con figli, perchè amici e affidabili, dal momento che lei doveva assistere la "nonna" in ospedale.

Vive questo episodio come una "cattiveria": il capo famiglia stava, certo energicamente, ma giustamente, sgridando i figli e suo figlio, perchè avevano combinato un guaio, per questo motivo i vicini di casa avevano chiamato la polizia.

E' preoccupata. Si analizza con lei la possibilità di potersi orga-





nizzare nell'ipotesi di un rientro a casa del figlio. Pensa di essere in grado di accudire e seguire il figlio, vivace ma abbastanza maturo. La scuola per lei è un valido supporto. Aggiunge che negli ultimi giorni ha ripreso i contatti con il marito e che troveranno insieme soluzioni utili per Mohamed. Parla con ammirazione del figlio e aggiunge che i suoi figli sono bravi e belli, che vuole unicamente il loro bene: i figli grandi vivono con altre famiglie, non vuole turbarli. La donna dice che non voleva più parlare con assistenti sociali perchè queste di solito portano via i figli alle donne straniere per farli adottare agli italiani ricchi.

Cerco di spiegare il mio ruolo e le parlo del consultorio. Interessata, la signora chiede informazioni sulle possibilità di accesso ai servizi sanitari, in questi anni non ha mai fruito di questo diritto.

Secondo quanto osservato si valuta che Mohamed deve essere affidato alla madre, prevedendo eventualmente un sostegno economico, vista la precarietà del lavoro di Amina.

Verifico a livello territoriale eventuali sostegni per loro e la scuola che più può garantire a Mohamed un buon inserimento.

Mohamed mi invia una lettera in cui chiede di poter tornare a vivere con la madre e di continuare il suo percorso scolastico. Mi comunica che ha scritto anche al giudice perchè vuole essere ascoltato anche da lui.

Comunico alla madre, che ha portato la lettera del figlio, le mie proposte: finito l'anno scolastico Mohamed può tornare a casa ed essere affidato alla madre. Nello stesso tempo mi rendo disponibile a seguirli nel tempo.

Come previsto finito l'anno scolastico Mohamed rientra a casa.

Faccio una visita domiciliare dove conosco Mohamed e valuto i passi successivi.

Dopo pochi giorni Amina viene al consultorio mi ringrazia per il programma di sostegno proposto, ma aggiunge che con il marito ha deciso di trasferirsi con il figlio prima in Inghilterra e poi in Canada. Non vuole più rischiare di vedersi portare via il figlio, consapevole della sua condizione di precarietà.





Capitolo II

La famiglia: l'instabilità dei legami e le nuove regole del diritto

Famiglie, reti e servizi.

Testo tratto dalla lezione della

Dott.ssa Anna Di Stasio

Sostituto Procuratore presso il Tribunale dei minorenni di Roma

Elaborato e redatto dalla Dott.ssa Simonetta Cavalli
Assistente Sociale presso il TSMREE UO I ASL RMA

RAPPORTI TRA MAGISTRATURA E SERVIZI SOCIALI

Sicuramente l'attenzione e l'impegno del magistrato del Tribunale per i Minorenni e dei professionisti dei servizi sociali convergono su uno stesso oggetto di analisi: il mondo del disagio minorile.

E' un tema delicato ed importantissimo che richiede non solo comprensione, nel senso che ci vede compresi all'interno di uno stesso mondo di emozioni e di impegno professionale ma richiede un coinvolgimento operativo e professionale ma anche umano, la materia che trattiamo in un certo senso ci riguarda sono storie di vita.

Per affrontare il disagio minorile occorre coraggio e determinazione, ma per avere coraggio e capacità di intervento dobbiamo essere consapevoli dei doveri, ed anche dei poteri che ogni professionista ha, e deve avere in questo particolare campo d'azione.

- La Procura del Tribunale per i Minorenni interviene qualora ravvisi una segnalazione di pregiudizio grave per un minore diretta-





mente connesso con il comportamento dei genitori, anche non intenzionale.

E' infatti l'INADEGUATEZZA GENITORIALE che provoca danno al minore. In seguito alla segnalazione il magistrato formula un ricorso.

E' assolutamente necessario rispettare la regola del contraddittorio, garantire cioè il diritto alla difesa della famiglia oggetto di segnalazione.

Il Servizio Sociale è tenuto a rivolgersi alla Procura del Tribunale Minorenni. Anche il procedimento di adottabilità deve essere emesso dal Procuratore del Tribunale per i Minorenni.

Le segnalazioni possono essere inviate non solo dai servizi sociali, ma anche da cittadini, da chiunque tema che un minore possa subire un rischio.

Un problema che spesso è responsabile di gravi perdite di tempo è l'incompletezza delle relazioni di invio. Sia per l'oggetto di segnalazione, si segnala di tutto, senza una analisi approfondita del problema, sia per la mancanza di dati oggettivi e di riferimenti anagrafici.

I casi che il Servizio Sociale può gestire in proprio non devono essere segnalati.

Per esempio per un problema economico, di casa, di lavoro la Magistratura non c'entra.

Ma se esiste una condotta pregiudizievole dei genitori nei confronti dei figli, tale da ravvisare l'intervento del Tribunale per i Minorenni, occorre una relazione completa e circostanziata. Dati anagrafici di tutti i soggetti coinvolti. Il rischio che troppo spesso si verifica è di dovere rimandare l'intervento per necessità di integrazione della relazione. Si perde tempo prezioso. Quindi la completezza dell'indagine è assolutamente importante e non può essere delegata ad altri.

Spesso le relazioni dei Servizi Sociali contengono giudizi utili. Vanno però sempre evidenziati quali sono i fatti che hanno condotto a quella valutazione. Devono essere dati verificabili. Se non ci sono dati oggettivi il Tribunale dei Minorenni non apre il caso e chiede ulteriori indagini. Solo nel confronto con il giudice "ci si spiega". Ma si perde anche qui tempo prezioso. Dati concreti e verificabili





devono essere esplicitati con esempi: il ragazzino è sporco, non va a scuola. La visita domiciliare va relazionata nei minimi particolari: lo stato della casa, l'ambiente, chi la abita, le preoccupazioni devono essere chiaramente riportate, in modo chiaro ed oggettivo. Serve per avviare in modo utile la pratica. Quanto più è curata la diagnosi tanto più sarà efficace la cura.

In questo lavoro poche norme ci guidano: i Decreti del Tribunale dei Minori vanno da un minimo "prescrizioni di ..., poi incarico di ..., fino all'affidamento al Servizio Sociale. Unica norma è l'art. 25 del Regio Decreto.

Il Giudice deve dare un contenuto alle prescrizioni, le prescrizioni generiche di affidamento restano spesso senza conseguenze, proprio perché non chiare.

Ma se non ci sono chiarezze di incarichi gli operatori non sanno che fare.

Cosa è auspicabile? Questo deve essere chiaramente prescritto. Occorrono indicazioni concrete all'incarico. Le proposte di intervento devono già essere contenute nella relazione

Un capitolo a parte sono le Urgenze – di fronte al caso grave, non c'è tempo per le verifiche immediate occorre agire, si chiede il provvedimento della Magistratura, lo richiedono anche le Forze dell'Ordine.

L'Art. 403 del C.C. recita: Ogni pubblica autorità è tenuta (deve) intervenire anche a collocare un minore che si trovi in gravissime situazioni e non c'è il tempo del provvedimento.

Esiste, poi, il problema annoso del doppio binario quando cioè nel caso sono coinvolti sia il Tribunale Ordinario che il Tribunale dei Minori (non esistono norme precise), un esempio è l'art. 54 della Legge 2006 (Affido condiviso)

Buona norma è che il Tribunale Ordinario direttamente, ma anche il Servizio Sociale, presentino la segnalazione alla Procura del Tribunale per i Minorenni.

Occorre a mio avviso prevedere spazi di confronto e di formazione, come questo, che vedano coinvolti tutti i protagonisti della materia minorile: giudici, procuratori, avvocati, assistenti sociali, psi-





Composizioni Sociali

cologi, proprio per uno scambio di idee, di percorsi e soprattutto per arrivare ad una chiarezza di intervento che è l'unica vera protezione per le famiglie ed i bambini in difficoltà.





L'amministrazione di sostegno

Testo tratto dalla lezione di
Avvocato Dott.ssa Susanna De Bernardinis

Elaborato e redatto dalla Dott.ssa Cristina Lauricella
Assistente Sociale presso il CSM UO II ASL RMA

L'amministrazione di sostegno "ha la finalità di tutelare, con minor limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente" (art. 1 L. 9/01/04). A differenza dell'interdizione non è un provvedimento rivolto alla protezione del patrimonio, anzi è teso a sottolineare come le difficoltà gestionali di un individuo non coincidano necessariamente con l'incapacità. Si rivolge a quanti non sono affetti da grave ed abituale infermità di mente, tale da non poter gestire i propri interessi e da rendere necessario un procedimento d'interdizione, pur non stando così male non sono però in grado di fare da soli.

La richiesta di nomina di amministrazione di sostegno va rivolta al giudice tutelare di competenza, in base alla residenza del beneficiario. Deve contenere i dati anagrafici del beneficiario ascendenti e discendenti in linea diretta, fratelli, coniuge o convivente (s'intende non solo chi legato da legami affettivi, ma anche come stabilità di rapporto e presenza), per i quali vi è obbligo di notifica. Opportuna la certificazione medica ed una relazione sociale tese ad illustrare la situazione sanitaria, sociale e patrimoniale.

Nel ricorso anche lo stesso beneficiario può indicare il nome dell'amministratore. Chiunque può depositare da un notaio il nome di un amministratore e la propria volontà che questi venga nominato nel caso si presenti una situazione di fragilità.





Ricorrente e beneficiario debbono essere presenti in udienza davanti al giudice; i familiari possono non partecipare ma devono inviare un nulla osta circa la procedura avviata. Se il beneficiario è impossibilitato a recarsi in udienza il giudice è tenuto ad andare presso il domicilio.

Nel caso di urgenza, relativa al compimento di un determinato atto, si può nominare un amministratore provvisorio prima dell'udienza.

La segnalazione può essere presentata da familiari, conoscenti, amici, vicini di casa, medico di base, operatori socio sanitari (anche dei servizi privati). Nel caso di questi ultimi il procedimento è gratuito e devono essere sostenute le spese di notifica più 8 euro di bollo.

Gli operatori dei servizi pubblici sono TENUTI a segnalare una situazione per la quale potrebbe essere opportuna la nomina di un'amministrazione di sostegno: in questo caso la conoscenza coincide con la conoscibilità. Chi omette la segnalazione è tenuto a risarcire il danno e vi è in ogni caso la responsabilità del capo servizio. Il giudice può anche decidere che l'amministratore di sostegno debba rendere conto del proprio operato agli operatori di riferimento.

Il ricorso per l'amministrazione di sostegno può essere presentato anche da o nei confronti di una persona interdetta. In questo caso deve essere contestualmente presentata l'istanza di revoca del tutore.

Per lo svolgimento delle attività dell'amministratore di sostegno è previsto un equo indennizzo, commisurato all'attività svolta dall'amministratore ed al patrimonio dell'amministrato. Tale somma è stabilita e liquidata annualmente dal giudice.





Esperienze operative

Dott. Paolo Savoirdi *Assistente Sociale Consultorio ASL RMA*
Irene Capitani, tirocinante Corso di laurea per i Servizi Sociali

Nell'ambito del Corso di Formazione "La Famiglia. Le problematiche connesse alla sua trasformazione nella società attuale. Le funzioni ed il ruolo della professione dell'Assistente Sociale" è stato dedicato uno spazio a laboratori esperienziali, sul tema della giornata di studi, moderati da colleghi dei vari servizi e distretti.

Chi scrive ha avuto l'onore di moderare il gruppo di lavoro che ha concluso il secondo incontro, tenutosi sull'argomento: "La famiglia: l'instabilità dei legami e le nuove regole del diritto". Si è ritenuto utile e costruttivo condividere, all'interno del work shop, una riflessione stimolata dall'esperienza di imbattersi in "casi" molto particolari. Questi, infatti, sono caratterizzati dalla molteplicità di Autorità Giudiziarie invianti e da un apparente schizofrenia del sistema. Tali ipotesi sono ormai frequenti per chi esercita la professione nell'area minori e rapporti con le Autorità Giudiziarie (di seguito AA.GG.),

La riflessione si è trasformata in un approfondimento della conoscenza di dette AA.GG., dei rapporti che hanno con i servizi Sociali o Socio Sanitari e soprattutto delle norme, perlopiù procedurali, in virtù delle quali questi rapporti si svolgono e si strutturano. Per giungere fino a speculare sull'identità dell'AS nel rapporto con il magistrato e, soprattutto a seguito delle nuove normative sull'affidamento condiviso, sulla sicurezza della professione necessaria per non soccombere nei rapporti con gli avvocati.

1) Quali AA.GG.

L'A.G. che entra maggiormente in contatto con i servizi sociali del territorio è, come noto, il Tribunale per i Minorenni (di seguito TM). In particolare la sezione civile e la Procura della Repubblica presso il TM. Infatti la sezione penale solitamente ha rapporti con i servizi sociali appositamente istituiti (USSM) da e presso il Ministero di Giustizia (ex Grazia e Giustizia).





Il TM decide prevalentemente circa: l'affidamento dei figli delle coppie di fatto e dei figli naturali in genere; la limitazione, la decadenza, la reintegrazione della potestà di qualsiasi genitore; il riconoscimento del figlio naturale ed eventuale impugnazione¹. Dichiarare lo stato di abbandono e di adattabilità dei minori; l'idoneità delle coppie che hanno dichiarato la propria disponibilità ad adottare uno o più minori; dispone l'affidamento preadottivo e dichiara l'adozione².

Detta A.G. esercita la sua attività se interpellata dalle parti oppure, d'ufficio, a seguito di segnalazione relativa a situazioni di rischio o danno acclarato per uno o più minorenni (che comprende notizie di reato che vedano i minori quali autori e/o vittime).

Altra AG è il Giudice Tutelare (GTut), che interPELLa spesso i servizi territoriali in virtù dell'art. 344, comma secondo, del Codice Civile³, non solo in merito a minorenni ma a tutti i soggetti sottoposti a tutela e curatela, e, da qualche anno, anche relativamente alle richieste di amministrazione di sostegno⁴.

Tuttavia anche il Tribunale Ordinario, nell'ambito delle decisioni su separazioni personali dei coniugi e divorzi⁵, richiede, quando lo ritiene opportuno, l'opera dei servizi per decidere in merito all'affidamento dei figli minorenni. Tale valutazione di opportunità è divenuta, poi, prassi quotidiana a seguito dell'entrata in vigore della L. 54/06 che, modificando l'art. 155 e introducendone altri cinque, dal bis al sexies, ha introdotto nel nostro Codice Civile l'istituto dell'affidamento

1 La competenza completa è determinata da R.D. 30 marzo 1942 n.318 "Disposizioni per l'attuazione del Codice civile e disposizioni transitorie (*Gazzetta Ufficiale* n. 91 del 17 aprile 1942) e avviso di rettifica in *Gazzetta Ufficiale* n. 159 del 12 luglio 1943". Art. 38. Sono di competenza del tribunale per i minorenni i provvedimenti contemplati dagli articoli 84, 90, 171, 194, secondo comma, 250, 252, 262, 264, 316, 317 *bis*, 330, 332, 333, 334, 335 e 371, ultimo comma, nonché nel caso di minori dall'art. 269, primo comma, del c.c.

2 L'intera competenza è attribuita da L.4 maggio 1983 n. 184 "Diritto del minore ad una famiglia", successivamente modificata da L. 476/1998 e L.149/2001.

3 "Il G Tut può chiedere l'assistenza degli organi della pubblica amministrazione e di tutti gli enti i cui scopi corrispondano alle sue funzioni".

4 Art. 404 Codice Civile come sostituito dall'art. 3 L. 9 gennaio 2004 n.6.

5 Competenza *de residuo* R.D. 30 marzo 1942 n.318, art.38, comma secondo: "Sono emessi dal Tribunale Ordinario i provvedimenti per i quali non è espressamente stabilita la competenza di una diversa autorità giudiziaria."; L. 1° dicembre 1970 n.898 "Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio".





“condiviso”, da utilizzarsi in via prioritaria, ove rappresenti il migliore interesse dei minori, con la speranza che sortisca i buoni risultati del vecchio “congiunto”, e lasciando in secondo piano quello “esclusivo”⁶.

Non va dimenticato che il TO può rivolgersi ai servizi sociali del territorio in materia di “Ordini di protezione contro gli abusi familiari”⁷, rendono più coerente la tutela delle vittime di abusi e violenze familiari permettendo di allontanare dalla famiglia l’abusante anziché l’abusato.

Tutte le AG che si rivolgono ai servizi, hanno bisogno di risposte, vogliono conoscere l’opinione di un operatore di cui si fida perché con la sua professionalità può approfondire gli aspetti che non emergono, rimangono oscuri o vengono artefatti in aula. Attraverso l’indagine socio ambientale egli può osservare una certa realtà che, poi, deve decodificare in relazione alla richiesta del magistrato, e trasmettere a questo tramite la relazione scritta. Tale elaborato dovrà avere contenuti, sicuramente accomunati da l’uso di modelli e strumenti professionali, ma assolutamente non standardizzati, non ripetitivi. Infatti a seconda dell’autorità che la richiede, la risposta, come l’attività che ad essa porta, deve essere tagliata e modulata non solo su ciò che il richiedente vuole sapere ma, soprattutto sull’ambito nel quale deve decidere.

Ad esempio, se la richiesta viene dal TO per un affidamento condiviso un una coppia a bassa conflittualità, si è quasi davanti ad una utenza “volontaria”⁸, e si valuta la fattibilità di una potestà genitoriale condivisa. Invece laddove vi sia richiesta da parte della Procura della Repubblica, ma anche dal TM per una decadenza della potestà, gli aspetti da evidenziare nella risposta cambiano, lo stile operativo sarà più asciutto ed essenziale, così come lo sarà quello espositivo: “c’è la situazione di pericolo”, “non c’è la situazione di abuso”... e così via.

Spesso, poi, l’AG, oltre all’opinione, chiede all’AS di formulare un progetto che abbia come scopo il raggiungimento del benessere del minore. Anche in questo caso il richiedente si affida con fiducia all’operatore che ritiene conoscere le

6 Su detti esiti cfr A.L. Zanatta, *Le nuove famiglie*, Il Mulino, 2003, pp. 75-77.

7 Art. 342 – *ter* CC prevede, al 2° comma, l’intervento dei servizi. Introdotto dalla L.154 del 2001, insieme all’art.342-*bis*.

8 inoltre può succedere proprio che su proposta e non su ordine del giudice la coppia si presenti ai servizi per un percorso di mediazione in vista della sentenza, come prevede il secondo comma dell’Art. 155 *sexies*, CC introdotto dalla L.54/06.





adeguate risorse territoriali ed istituzionali e gli strumenti progettuali legati alla particolarità ed alla delicatezza di ogni caso.

Chi è l'AS per l'AG e che responsabilità ha nel processo?

Ci si domanda se l'AS possa o no considerarsi un "ausiliare" del giudice in senso tecnico procedurale. Lo sono, infatti: consulenti, custodi, esperti, traduttori e interpreti, periti, da una parte e cancellieri e segretari dall'altra⁹.

Ad una prima osservazione superficiale si nota subito la differente procedura di attribuzione dell'incarico. Infatti per i consulenti, traduttori etc, è prevista un'appariscenza e formale formulazione ed accettazione dell'incarico, con tanto di giuramento, spesso in una udienza fissata appositamente e solo per questo. Mentre il mandato ai servizi sociali territoriali viene scritto sul verbale, spesso con grafia incerta, alla conclusione di un udienza fissata per altri adempimenti, senza la formalità di suddividere in specifici quesiti la richiesta effettuata.

Vero. Però a ben pensarci, i primi sono liberi professionisti, iscritti in un apposito albo, ma i secondi, gli AS, come i cancellieri e segretari, sono dipendenti dello Stato, che hanno già giurato di servire fedelmente nell'espletamento delle proprie mansioni. Infatti in fondo ai verbali vi sono anche gli invii alle cancellerie e segreterie per le notifiche. Ecco spiegato come la mancanza di ufficialità non toglie decoro al destinatario del mandato, ma anzi aggiunge lustro ad un professionista che non deve giurare ogni volta perché il magistrato, e con questo lo Stato, si fida di lui a prescindere.

D'altra parte, non va dimenticato che l'AS ha tutte le carte in regola per impersonare un ausiliare del primo tipo, difatti egli può anche essere un libero professionista¹⁰, può svolgere funzioni peritali¹¹, nella collaborazione con l'AG ha funzione tecnico professionale¹². Quindi un AS che esercita la professione privatamente potrebbe essere inserito in una lista di tecnici professionisti da cui un giudice potrebbe scegliere. Chiaro è, tuttavia, che fin quando l'AG potrà confidare nell'ausilio dello stesso tipo di professionista ma "arruola-

9 Cfr. *Codice di Procedura Civile*, artt.61-64, 424, 65 – 67, 212, 261, 124, 518, 535, 773, 123. *Codice di Procedura penale* art.126. L.12 luglio 1975, n.311, artt.2 primo comma, e art.3 secondo comma.

10 Art. 52 del Codice deontologico dell'assistente sociale.

11 Art. 21 del Codice deontologico dell'assistente sociale.

12 Art.1 comma quarto L.23 marzo 1993, n.84.





to” nelle fidate file del Pubblico impiego, non percepirà l'esigenza di rivolgersi ad un privato.

A questo proposito bisogna sottolineare che la Cassazione ha affermato che “le relazioni degli assistenti sociali, prudentemente vagliate dopo essere state oggetto di contraddittorio, hanno valore di prova indiziaria e di consulenza tecnica, sicché sono pienamente utilizzabili dal giudice in sede di libera formazione del proprio convincimento sia quanto ai fatti obiettivamente constatati dall'assistente, sia quanto ai pareri che, sulla base di quei fatti, egli abbia espresso e che il giudice, condividendoli, faccia propri con adeguata motivazione” (Cass. n. 1032/1986); ciò conferma il valore attribuito al lavoro dell'AS e la fiducia accordatagli.

Quanto, invece, alla responsabilità dell'AS in relazione all'esercizio della professione in collaborazione con l'AG, non si può che partire dall'esplicita regolamentazione dettata da Codice deontologico dell'AS. Di fatti i titoli dal III al VII sono dedicati alla responsabilità professionale nei confronti di vari soggetti, tutta, o quasi, richiamabile in questa sede. Tuttavia appare interessante approfondire l'aspetto legato alla tempestività con la quale gli operatori aditi dalle AG assolvono al proprio compito. Questa, infatti, incide sui tempi del processo. Se la relazione richiesta non arriva in tempo, il procedimento giudiziario subisce una battuta d'arresto che può comportare un danno per i soggetti interessati. Ciò non solo, come è ovvio, laddove vi siano situazioni di rischio imminente e pericolo, ma in occasione qualunque processo, in base a quanto prevede il novellato¹³ art. 111 della *Costituzione della Repubblica Italiana*. La norma parla di “giusto processo” non nel senso dei giusti esiti: “che sia fatta giustizia”, perché questo può avvenire anche al termine di un processo lunghissimo. Bensì si riferisce alla “giustezza” del modo in cui si svolge, si deve evitare di far subire ingiustizie a chi vi è coinvolto. Infatti sottostare alla pendenza di un processo vuol dire vivere nell'incertezza del futuro proprio e/o di propri cari con il logorio che ne consegue, e tale situazione è “giusta” che si prolunghi per il minor tempo possibile, solo lo stretto necessario.

Combinando quanto disposto dall'art.111 Cost. e dall'art. 47 del Codice

13 Dalla L. Costituzionale 23 novembre 1999, n.2.





deontologico, l'AS deve "concedersi" il tempo adeguato ad esperire nel migliore dei modi la propria attività. Qualora questo tempo sia superiore a quello previsto dall'AG inviante egli deve esser in grado di giustificarne la necessità.

Ovviamente laddove il magistrato dovesse riscontrare gravi ritardi ingiustificati, ovvero causati da palese lassismo, si rivolgerà immediatamente al Procuratore della Repubblica, quando non sia già egli l'inviante, affinché venga promosso il procedimento disciplinare previsto dall'art. 62 del codice deontologico, oltre eventuali procedimenti penali ove si sospetti una fattispecie di reato¹⁴.

2) ASSISTENTI SOCIALI e AVVOCATI:

A fronte di un rapporto comunque di collaborazione come è quello con l'AG, all'operatore del servizio territoriale capita, e capiterà sempre più spesso, di dover sostenere degli infuocati faccia a faccia con l'avvocato dell'utente inviatogli.

È fondamentale che l'AS non soccomba. Chi scrive ritiene che l'avvocato non abbia alcun titolo per imporre la propria presenza agli incontri tra operatore e utente, ed anzi questa sia dannosa. Infatti la presenza di estranei, come noto, modifica l'atmosfera degli incontri. È contraria ai più basilari principi del setting¹⁵. Più grave appare la presenza di una figura che "protegge formalmente dall'AS". Essa rappresenta una barriera impenetrabile tra questo e l'utente ed impedisce anche solo il porre le basi per un rapporto di fiducia. Impedisce anche un'osservazione naturale e spontanea dell'utente. Oltre a ciò, appare evidente che, come gli utenti omettono alcune cose davanti ai familiari, ancor di più ometteranno davanti all'avvocato, professionista scelto da loro ma, in fondo, estraneo al quale solitamente vengono taciuti molti particolari. Tale situazione impedisce all'AS di espletare correttamente il compito di cui è stato incaricato, e ciò mette a rischio anche il benessere dell'utente e degli altri individui coinvolti nel procedimento.

Molto probabilmente l'avvocato ritiene di dover e poter essere presente, come può ad ogni altra attività processuale, proprio in virtù della sopra citata sentenza della Suprema Corte, sostenendo che, come il CTU, anche l'operatore dei servizi abbia l'obbligo di rispettare le disposizioni degli artt. 191 e ss. C.p.c. e 89 e ss.

14 Dalla connivenza, al favoreggiamento, a delitti contro l'attività giudiziaria.

15 Lo stesso Codice deontologico l'ammette, previo consenso dell'utente, solo per motivi di studio, formazione, ricerca. Cfr art.16.





Disp. Att., che prevedono, fra l'altro, l'obbligo del consulente di dare comunicazione alle parti della data di inizio delle operazioni peritali, e la facoltà delle parti di intervenire alle operazioni "in persona e a mezzo dei propri consulenti tecnici e dei difensori". Tuttavia il Tribunale di Lecce, sull'argomento, affermando, come la Cassazione, che i risultati delle indagini svolte dal servizio hanno valore di consulenza tecnica, escludeva, invece, che l'operatore fosse tenuto a dare avviso ai difensori e neppure ad accettarne la presenza; si legge in un punto "il valore sostanziale di consulenza, riconosciuto dalla giurisprudenza all'inchiesta sociale, non può comportare l'applicazione di regole formali che ne snaturino la funzione".

Pertanto, mantenendo la più cordiale e professionale disponibilità nei confronti del legale, ed eventualmente spiegando l'incompatibilità tra la sua presenza e il corretto espletamento del lavoro che ci è stato affidato dal magistrato, è corretto e non passibile di denunce o fantomatiche segnalazioni, rifiutare che partecipi agli incontri.

Non va omissso che è comunque salvo il potere del Giudice di stabilire, ai sensi dell'art. 175 C.p.c., per il "più sollecito e leale svolgimento del procedimento", a seconda del tipo di indagine richiesta, se sia consentita la presenza dei difensori e/o delle parti.

A seguito di tali riflessioni, sembrerà più semplice la lettura dell'invio di un stesso "caso", contemporaneamente o a breve termine, da parte di due o tre distinte autorità giudiziarie, perché, per esempio, il Tribunale Ordinario è stato adito dalla coppia congiuntamente, il TM dalla segnalazione di terzi e la Procura da un genitore a scapito dell'altro. Spesso, poi, è proprio in queste situazioni che qualcuno si fa accompagnare dall'avvocato, e questo, oltre a non farci paura sarà un ulteriore elemento di valutazione.



Composizioni Sociali





Dott.ssa Antonella Spadi
Assistente Sociale SERT ASL RMA

Marco si presenta al Ser.t inviato dalla Prefettura di Roma in quanto trovato in possesso di cannabinoidi ; come prevede la legge sulla tossicodipendenza (DPR 309.90) dovrebbe svolgere un programma terapeutico –socio-riabilitativo comprensivo di colloqui psico-sociali e controlli urinari. A maggio 2004 Marco si presenta, quindi, accompagnato dai genitori ai quali spiego tutto quanto e faccio firmare loro l'autorizzazione affinché il figlio possa effettuare il suddetto programma.

Dall' anamnesi svolta risulta che Marco è figlio unico, studia in un liceo linguistico privato, famiglia abitante ai Parioli, benestante, padre di 67 anni, funzionario, madre di 52 anni, interprete. Emergono subito grosse conflittualità, sia tra la coppia coniugale che sulla “gestione” genitoriale del minore. Già dalla prima infanzia, Marco, dimostra di avere disturbi del sonno, dell'alimentazione, irrequietezza, aggressività, tanto che a 12 anni viene posta la diagnosi di ADHD presso il Bambin Gesù. In questo periodo il ragazzo pesa 95 Kg , a 13 anni effettua una dieta che lo fa dimagrire di circa 30 Kg .E' anche seguito da diversi psichiatri e psicoterapeuti privati , assume terapia farmacologica. A 15 anni inizia l'uso di cannabinoidi, anfetamine, psicofarmaci e occasionalmente cocaina. Riferisce (durante il primo colloquio) di aver smesso l' uso di sostanze eccetto cannabinoidi, questo risulta anche dai controlli urinari svolti presso il Ser.t. Il programma intrapreso e quindi anche la frequentazione al servizio si interrompe a settembre dello stesso anno poiché Marco non riesce a smettere l' uso di sostanze e a rispettare quanto propostogli dal Ser.t..

Torna al servizio dopo due anni, maggiorenne, siamo nel 2006, adesso usa anche eroina; assume terapia metadonica e anche se sollecitato non si presenta ai colloqui sociali e psicologici, riferisce di essere seguito e di trovarsi bene con un terapeuta privato.

Nel febbraio 2007 vengo contattata dalla assistente sociale del Tri-





bunale dei minori in quanto al ragazzo dovrebbe essere applicata la misura alternativa della “messa alla prova” per un reato compiuto da minorenne. Cerchiamo di proporre un percorso comunitario: a tal scopo, si effettuano numerosi colloqui sia con me che con la psichiatra del Ser.t. che nel frattempo ha iniziato a seguirlo anche farmacologicamente. Si svolgono, presso il Ser.t, anche diversi incontri con il paziente, la scrivente, la psichiatra, il medico di riferimento, l’assistente sociale e la psicologa del Tribunale dei minori. Si cerca anche di sensibilizzare i genitori con una serie di colloqui per cercare di migliorare i loro comportamenti, talvolta intrusivi ed ambigui, e si invitano (con scarso successo) a partecipare ai gruppi famiglie che si tengono presso il Ser.t.

Nonostante tutto il lavoro svolto dagli operatori e la reale possibilità di entrare in carcere, Marco non accetta il progetto in comunità e preferisce subire il processo che comunque poi si risolverà in suo favore.

Il suo atteggiamento nei confronti dei genitori diventa sempre più aggressivo tanto che il padre lo allontana da casa, si reca dai carabinieri che lo diffidano ad entrare a casa dei genitori. La madre gli trova un monolocale (vicino casa) e lo sostiene economicamente. Prova a fare l’apprendista in un forno, ma anche questo tentativo fallisce.

Nel novembre 2007 viene arrestato, per spaccio; gli vengono, dopo pochi giorni, concessi gli arresti domiciliari per sei mesi. Si cerca di formulare un progetto che gli permetta di trasformare questi arresti in un “opportunità di cambiamento”; pertanto gli viene proposto un centro per la disintossicazione e successivamente l’inserimento in una Comunità a “doppia diagnosi”. Marco, suo malgrado, accetta, spinto anche dai genitori ma, al momento dell’ingresso non viene accolto in quanto trovato in possesso di sostanze illegali non dichiarate, e così torna nel suo monolocale. Si lavora per trovare un’alternativa, ma la famiglia decide autonomamente: tramite conoscenze lo invia in una Comunità in Calabria. Entra all’inizio di febbraio 2008 ma viene espulso a fine mese in quanto con il suo comportamento destabilizza il gruppo dei pazienti che si trovano in Comunità. Marco termina gli arresti domiciliari nel monolocale con i genitori che si alternano per non lasciarlo solo.





Attualmente Marco frequenta il Ser.t assumendo terapia metadonica, non ha intenzioni comunitarie, spesso si ferma a parlare con noi operatori con i quali ha un buon rapporto, riferisce di essere seguito privatamente da un nuovo psichiatra.

E' tornato ad abitare con i genitori.....

Rileggendo quanto scritto emergono diverse riflessioni e punti di domanda (che sono stati anche discussi nel lavoro di gruppo durante il corso) in quanto Marco è uno dei casi più complessi del Ser.t., che hanno coinvolto più figure professionali, Servizi, Istituzioni e che, finora, non ha avuto buon esito. La prima, e forse la più spontanea, è: potevamo fare di più? Fin dall'inizio, quando Marco, da minorenne, si è presentato al Ser.t. ed erano evidenti già diverse problematiche personali e familiari era giusto segnalare la situazione al Servizio Materno Infantile per gli interventi del caso?

L' intervento più tempestivo dei vari Servizi pubblici, una maggiore integrazione e un lavoro di rete, in questa prima fase, un approccio mirato alla relazione tra adulto e adolescente, un collegamento tra attività di prevenzione e progettazione di interventi clinici avrebbe portato a un cambiamento positivo della situazione di Marco?

Sarebbe riuscito a non cadere nella trappola della tossicodipendenza da eroina, la sua famiglia disfunzionale sarebbe riuscita a trovare una modalità più sana per gestire le problematiche del figlio? E' pur vero che Marco già usava sostanze, era seguito da più terapeuti, e anche i genitori si sottoponevano ad una terapia di coppia.

Un altro spunto di riflessione è il senso di solitudine che ho provato come assistente sociale nell'evoluzione di questo caso. Quando Marco è stato contattato dalle colleghe del Tribunale non ha riferito che usava sostanze, successivamente, visto i comportamenti e gli atteggiamenti tenuti le colleghe si sono accorte del problema e lo hanno sollecitato a rivelare la sua frequentazione al Ser.t. Quando sono stata contattata da loro e ho spiegato ai miei colleghi sanitari che si doveva procedere in un'ottica di collaborazione e di integrazione tra servizi e professionalità diversi mi sono dovuta "misurare" con loro che hanno più difficoltà a lavorare in questa ottica. Nei servizi per le tossicodipendenze lavorano diverse figure professionali e si privile-





gia l'aspetto sanitario (vista anche la presenza della somministrazione del farmaco) a scapito dell'aspetto sociale. Ho sentito l'esigenza di una appartenenza forte, di un'équipe, non vista solo come un insieme di tecnici, dove ognuno lavora a camera stagna sulle proprie competenze, ma dove c'è un filo comune, un progetto di lavoro condiviso, dove non ci si senta soli. Interventi sanitari e interventi sociali, la cui integrazione è imprescindibile a partire dalle proprie esperienze e dai propri quadri concettuali, devono imparare a confrontarsi nell'ottica di generare sinergie operative efficaci.

Il nostro lavoro è particolarmente complesso e soprattutto con il tossicodipendente ci dobbiamo sempre confrontare con una molteplicità di elementi e con un'alta dose di incertezza e spesso ci sentiamo soli ad affrontare i casi più difficili come quello sopra esposto.

La famiglia disfunzionale di Marco ha, d'altra parte, contribuito alla "complessità" del caso. I numerosi interventi di più psichiatri, e altri medici che i genitori privatamente consultavano ha creato dispendio di energie e sovrapposizione di interventi. Con la psichiatra del Ser.t abbiamo cercato di porre dei limiti ribadendo l'importanza di farsi seguire dall'équipe del Servizio, ma questo si è verificato solo per pochi mesi.

Un aspetto invece positivo, è stato quello del lavoro di rete svolto sia con le colleghe del Tribunale sia con gli operatori delle varie Comunità contattate: vi è stata una reale interrelazione attuata tramite frequenti colloqui telefonici e riunioni sia tra di noi per confronto, supporto, scambio di notizie e aggiornamento, sia con il paziente e con i genitori. La multifattorialità della patologia dei nostri pazienti richiede, infatti, un approccio terapeutico multidisciplinare, inteso come compresenza di diverse professionalità che si occupino dei differenti aspetti della "malattia", trattandosi di problematiche con manifestazioni patologiche su molteplici versanti. L'intervento multidisciplinare può trarre la propria efficacia dalla reale condivisione delle competenze e dall'interscambio tra punti di vista che derivano dalle differenti discipline, non può quindi limitarsi alla giustapposizione di diversi interventi specialistici (necessità del lavoro di rete).





Elisa Pandolfo

Assistente sociale esperta Consultorio ASL RMA

Il lavoro presentato ha riguardato il tema dell'instabilità dei legami familiari e le implicazioni a livello giuridico, alla luce delle nuove regole del diritto.

Il focus si è centrato sugli aspetti che riguardano il Servizio Sociale in rapporto alla Magistratura; quali le norme, quali i limiti, quali le potenzialità.

Si è analizzata quindi la normativa relativa al Tribunale Minori che mette al centro dell'interesse il minore e la sua tutela e la normativa del Tribunale Ordinario, legge 54/06, che pone prevalentemente l'attenzione sulle competenze genitoriale al fine dell'affidamento dei figli, non accennando minimamente a ruolo e funzioni del Servizio Sociale.

Dalla riflessione ed analisi del lavoro svolto è emerso come sia importante, nel momento in cui si ha un mandato dalla Magistratura, tener conto: del soggetto committente, del tipo di richiesta e della tipologia del problema, al fine di dare una risposta adeguata al mandato ed impostare una relazione chiara che metta in evidenza i punti salienti e raccolga elementi e fatti i più oggettivi possibili per non lasciare spazio a varie interpretazioni.

Caso:

Committenza: Tribunale Minori

Richiesta: “ si chiede relazione sulla attuale situazione personale e familiare del minore e dei genitori naturali”

Tale richiesta viene inviata sia presso il servizio sociale della residenza della madre che del padre

Come si può notare la richiesta è quasi sempre molto generica.

Sintesi del caso

Il signor x, papà del minore, primogenito di due figli maschi, cresce





in una famiglia tradizionale medio-borghese, che investe su di lui molte aspettative, una delle quali, la professione del padre.

Ma il signor x sin dall'adolescenza inizia a dare dei problemi, non gli piace studiare, si accompagna con ragazzi che lo distraggono dallo studio, la relazione con i propri familiari diviene sempre più difficile, si sente non compreso e sfiduciato, deve confrontarsi con il fratello che è quello che i suoi genitori stimano perché più bravo e prestante. La sua fragilità ed insicurezza lo allontanano dalla famiglia, il ragazzo si costruisce una rete di amici che lo porteranno a fare uso di stupefacenti. La madre, che ha avuto nei suoi confronti sempre un atteggiamento più protettivo cerca di aiutarlo inserendolo nella propria attività lavorativa. Il signor x va ad abitare da solo in un appartamento di proprietà della famiglia e in quel periodo incontra la signora Y, madre del minore, che proviene da una famiglia multiproblematica, e fa uso di droga. La loro convivenza funziona fino alla nascita del minore, l'assunzione di responsabilità li pone in grande crisi, inizia un periodo di grossa conflittualità che li porta alla separazione di fatto, permanendo comunque una difficoltà a rapportarsi come genitori del minore. L'invischiamento delle famiglie di origine all'interno delle vicende della coppia, accentuano la conflittualità e successivamente la contesa del minore.

Nel momento dell'indagine il minore risiede presso la nonna paterna che si prende cura di lui. Il signor x risiede presso la sua casa in un altro quartiere, vede il figlio quasi tutti i giorni e si sta costruendo una nuova relazione affettiva con una brava ragazza disponibile ed accogliente anche con il minore.

Il bambino sembra essere, come si constata durante la visita domiciliare, abbastanza tranquillo e sereno nonostante, essendo oggetto di contesa, gli possa capitare di assistere a situazioni spiacevoli. Riesce a vedere la madre, che risiede fuori Roma, ogni tanto, presso la nonna paterna.

Meno presente nel nucleo familiare di origine è la figura del nonno paterno, con il quale il papà del minore non ha mai avuto un buon rapporto, come lascia intravedere nel parlarne, anche con rammarico. Lavora e abita autonomamente in un altro quartiere. Tutta la famiglia di origine si ritrova nei periodi festivi e di vacanze.





In riferimento a quanto è stato teoricamente esposto la relazione è stata impostata nel seguente modo:

- Storia familiare
- Situazione attuale
- Conclusioni

Situazione emersa:

- due genitori con problematicità ed immaturità, rifugiatisi nell'uso di sostanze stupefacenti
- invischiamento delle famiglie di origine
- alta conflittualità della coppia impossibilitata ad aprire una comunicazione ed un eventuale percorso di mediazione familiare.
- il minore vive presso la nonna paterna

decreto provvisorio emesso dal Tribunale Minori

“dispone l'affidamento temporaneo del minore Y al servizio specialistico della ASL RMA Consultorio Familiare, fermo restando allo stato il collocamento presso la nonna paterna... Il servizio presterà opera di indirizzo e sostegno volto alla mediazione della conflittualità tra i genitori, provvedendo a regolare la graduale ripresa dei regolari rapporti tra il minore la madre secondo modalità stabilite nello esclusivo interesse dello stesso minore”.



Composizioni Sociali





Capitolo III

La famiglia: diagnosi sociale

Diagnosi sociale: tecniche e strumenti

Corso di formazione per Assistenti Sociali

“La Famiglia: le problematiche connesse alla sua trasformazione
nella società attuale.

Le funzioni ed il ruolo della professione di Assistente sociale.”

Ausl Roma A, 30 Gennaio 2008

A cura di:

Dott.ssa Sabrina Paola Banzato

(riproduzione consentita per pubblicazione da parte della Ausl Roma A)

Diagnosi: analisi semantica

Vista la sostanziale confusione che ancora oggi esiste sul termine *diagnosi* cerchiamo di fare una breve riflessione utile ad inquadrarne il significato nel contesto in cui operiamo.

Il lavoro degli Assistenti sociali è stato da tempo codificato in *fasi metodologiche di intervento* e al percorso di intervento è stato assegnato il termine *Processo di aiuto*.

Le fasi del processo di aiuto del servizio sociale, alla sua nascita negli Stati Uniti, erano tre: *studio, diagnosi, trattamento*; ciò faceva riferimento al “modello metodologico medico”, utilizzato per anni, che interpretava il disagio in termini di *patologia, malattia* da guarire o eliminare.





A tale modello nel tempo si sostituì quello che viene indicato come “modello processuale”.

“Il procedimento metodologico è uno schema di riferimento concettuale che serve a orientare l'azione e qualifica un intervento di tipo professionale. E' un modo coerente e logico di collegare le cause di un fenomeno con gli obiettivi che una volta raggiunti possano incidere sulle cause stesse, attraverso l'uso corretto di mezzi adeguati (strumenti operativi)...Le fasi classiche del procedimento metodologico di servizio sociale vengono di solito elencate in ordine cronologico ma la loro sequenza assomiglia ad una spirale con possibilità di ritorno a fasi precedenti qualora se ne avvertisse la necessità. Ci si riferisce infatti ad un modello metodologico fondato sulla crescita o processuale (growth model) che si basa su due concetti fondamentali: il comportamento delle persone cambia attraverso un processo e tale processo è rappresentato da transazioni con altre persone e con altri sistemi. E' così che operatore e utente costituiscono un sistema di aiuto nel quale sono entrambi profondamente coinvolti”¹⁶

L'obiettivo del processo di intervento è sempre quello di avvicinarsi alla soluzione di un problema, alla presa di decisioni per l'attuazione di piani e progetti che lo stesso AS insieme all'utente o ad altri operatori devono rendere poi attuativi.

Si elimina così il concetto di “malattia” diagnosticata da un professionista e si sostituisce ad esso la necessità di costruire una relazione con l'utente attraverso la quale offrire aiuto, dando avvio anche ad un cambiamento terminologico con l'introduzione, oltre al termine *Diagnosi*, anche dei termini: *Valutazione e Assessment*.

Si riportano di seguito alcune definizioni di ogni vocabolo per poterne cogliere le piccole differenze e i tipi di interpretazioni possibili:

Diagnosi

“Dal Greco *diagnosis*, composto di *dia* “attraverso” e *gnosis* “conoscenza”. Il termine rimanda ad un sapere scientifico di tipo medico per l'uso che negli anni è stato fatto, tanto che nel dizionario medico Larousse, ad esempio, si legge che la diagnosi “è una distinzione che

¹⁶ M. Dal Pra Ponticelli, *Lineamenti di servizio sociale*, Astrolabio 1987, pag. 117-119





il medico deve fare tra le diverse malattie delle quali il malato presenta alcuni sintomi: analisi, di conseguenza, delle analogie e dei caratteri differenziali. Ciò che prevale è il cosiddetto *esame obiettivo* di realtà precise e definite.”¹⁷

Recentemente il concetto di diagnosi si è evoluto e viene utilizzato in diversi altri settori (sociale compreso) come l'educazione (diagnosi educativa o scolastica), la politica (diagnosi della situazione politica), ... Anche in medicina è avvenuta una trasformazione importante del significato di diagnosi e per es.: “nel manuale di medicina generale del 2003 (Bernabè, Benincasa, Danti, 2003) infatti, si legge: ... *Il processo diagnostico è un evento sociale e negoziale che si realizza con l'utilizzo di metodologie diverse e complementari rispetto a quelle della medicina Ha lo scopo di ricongiungere la visione delle componenti oggettive (patologia) e soggettive (infermità) per definire un piano di lavoro in grado di guidare efficacemente le decisioni terapeutiche.* In questo senso esso può pertanto avvicinarsi all'uso in ambito sociale.”¹⁸

.. tratto dall'enciclopedia Treccani:

diagnosi s. f. [dal greco “riconoscere attraverso”]. – **1.** In medicina, giudizio clinico che consiste nel riconoscere una condizione morbosa in base all'esame clinico del malato, e alle ricerche di laboratorio e strumentali: fare la d., formulare una d.; d. esatta, errata, e indovinare, sbagliare la diagnosi. **2.** In botanica **3. estens. a.** Giudizio con cui si definisce un fenomeno in genere, analizzandone i sintomi e gli aspetti con cui si manifesta: fare l'esatta d. della situazione politica, sociale, finanziaria, scolastica, ecc. In meteorologia, d. del tempo, analisi delle condizioni meteorologiche in un dato momento. **b.** Con uso più enfatico, e di tono pubblicitario, il termine è anche riferito, talvolta, all'esame tecnico di sistemi, apparecchiature, e in partic. del motore di autoveicoli, tendente a formulare un giudizio sulle condizioni e il funzionamento delle varie parti e proporre al cliente le necessarie riparazioni.

17 U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, L'assistente sociale e la Valutazione, Carocci 2007

18 Ibidem





Valutazione

“Il termine deriva da *valuto*, antico participio passato del verbo latino *valere* “dare valore” esprimere un giudizio. Valutare è pertanto un atto di costruzione di significato; si differenzia da altri processi quali quelli della verifica o del controllo (a volte utilizzati come sinonimi), che implicano l'accertamento del raggiungimento di un determinato risultato atteso. La valutazione è un processo funzionale a mantenere un'ottica progettuale e strategica. Sempre più negli ultimi anni il servizio sociale ha sviluppato un interesse specifico per i temi della valutazione, mettendo a fuoco alcune caratteristiche specifiche del processo valutativo.”¹⁹

Assessment

“L'**assessment** si riferisce alla raccolta di informazioni e all'analisi effettuata dall'operatore sociale rispetto alla situazione di una singola persona o di una famiglia; la traduzione italiana più vicina al significato di assessment è “valutazione e accertamento”.²⁰ “Il termine inglese amplia il significato dato normalmente di “valutazione iniziale del bisogno”, con la valutazione e l'accertamento di fatti e situazioni in vista di un giudizio discrezionale e quindi di una presa di decisione ponderata, che a volte si chiude (come una relazione al tribunale sulle capacità genitoriali) a volte è solo un momento preliminare a una presa in carico o ancora, a volte diventa la fase iniziale di un intervento di aiuto articolato e lungo nel tempo.”²¹

Per riassumere e chiudere con una definizione potremmo cercare di sintetizzare tale argomentazione in questo modo:

il percorso valutativo sociale, per la stesura di una relazione sociale o l'avvio di un percorso di aiuto, è un processo di apprendimento volto alla raccolta, accertamento e analisi di dati,

19 Ibidem

20 Folgheraiter F, Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete, Franco Angeli, Milano 1998, pag 288

21 Milner J., O'Byrne P., L'Assessment nei servizi sociali, Erickson, 2004





fatti e informazioni, utili alla definizione di una diagnosi (o parere valutativo, ovvero, a volte, giudizio sintetico) e quindi di una presa di decisione ponderata.

Tipi e modelli di Diagnosi

Cenni teorico-metodologici

Prima di entrare completamente nel tema in oggetto si riportano di seguito due accenni fondamentali alle *teorie del costruzionismo* e alle *pratiche antioppressive* che possono fare da sfondo nella realizzazione del processo valutativo.

Secondo Burr (1995), pur non essendoci una definizione unica e condivisa di costruzionismo, esistono alcuni aspetti fondamentali che ne fanno da guida e che sono fondamentali per il lavoro sociale:

- prendere le distanze da modi di comprendere il mondo dati per scontati
- collocare i punti di vista sulla realtà nel contesto storico e sociale in cui si sono sviluppati
- affermare che la conoscenza non deriva dalla natura delle cose ma è costretta dalle persone, dal modo in cui parlano e interagiscono fra loro
- esser consapevoli che l'azione sociale è guidata dalle costruzioni sociali tipiche di un determinato periodo storico
- essere convinti che proprio perché il mondo è costruito dalle interazioni fra le persone non si deve andare alla ricerca della vera essenza delle cose per lo meno nell'ambito psicosociale
- mettere in discussione il positivismo e l'idea di una verità oggettiva ed essere consapevoli che è il linguaggio a determinare i significati e non viceversa. Esso infatti più che un mero strumento attraverso cui esprimere idee e concetti, costruisce esso stesso la realtà sociale e rende vera questa realtà.²²

22 J. Milner., P. O'Byrne, L'assessment nei servizi sociali, Erickson, 2005





Le pratiche definite “antioppressive” del lavoro sociale, che fanno riferimento alla necessità di riconoscere il differente quadro dei valori professionali propri di ognuno di noi, possono aiutarci anche nella fase di valutazione, “ogni assessment, infatti, deve essere preceduto dall’attenzione al potere che si crea nella relazione tra operatori e utenti. I diritti di questi ultimi, così come le loro responsabilità, possono essere compresi meglio in termini di “eque opportunità”. Si tratta di creare ponti per ridurre il gap tra i professionisti dell’aiuto e le persone che a loro si rivolgono. Cercare di sensibilizzarsi su tutte le possibili forme di discriminazione che possono colpire le persone può sembrare un’impresa impossibile, ma se queste si riescono a considerare nel loro insieme il compito diviene più ragionevole.”²³

Modelli di Diagnosi

Nella letteratura anglosassone si ritrovano numerose classificazioni dell’assessment tra cui possiamo citare:

“Smale e Tuson (1993) che identificano tre modelli di assessment con l’attenzione ai rischi, alle risorse o ai bisogni, ovvero:

- il modello dell’indagine (questioning model), tipico delle teorie psicotroniche, fonda la sua appropriatezza sulla capacità dell’operatore di porre domande, ascoltare e interpretare le risposte;
- il modello procedurale (procedural model), nel quale l’operatore raccoglie le informazioni tali da capire se l’utente ha le caratteristiche per accedere alle prestazioni;
- il modello di reciprocità, il modello di assessment basato sulla reciprocità in cui le persone sono considerate esperte del loro problema e si dà molta importanza allo scambio di informazioni.

Entrambi i modelli, quello dell’indagine e procedurale, sono in

23 Ibidem





antitesi con un approccio di lavoro sociale che mira allo sviluppo dell'empowerment dell'utente anche se questo non significa che tali modelli prevedano l'astenersi dal porre delle domande. In ogni caso gli autori anglosassoni propendono per il modello di reciprocità considerato l'unico attraverso il quale si tengono in considerazione gli utenti come esperti dei loro problemi. Smale e collaboratori hanno stilato una lista di abilità e valori che dovrebbero guidare l'agire dell'operatore sociale:

- collaborazione
- autenticità, empatia e rispetto
- sviluppo dell'empowerment proprio e degli utenti
- creatività
- considerare i problemi sociali come relativi a una rete di persone
- verifica”²⁴

Tipi di diagnosi sociale

E' possibile distinguere diversi tipi di diagnosi/assessment in relazione alla loro finalità prevalente, che ne orienta il contenuto; di seguito si riportano i tipi identificati dagli autori anglosassoni Milner e O'Byrne.²⁵

Accertamento

Quali informazioni si raccolgono?

- ✓ fatti oggettivi, ad esempio il livello di reddito di una famiglia
- ✓ fatti soggettivi, come si percepiscono le persone rispetto a se stesse?

Mettendo insieme questi due tipi di informazioni l'assistente sociale elabora un giudizio professionale. Nel caso della redazione di un parere professionale richiesto da altre agenzie sociali, questo è una pre-

24 Ibidem

25 Ibidem





cisa responsabilità dell'A.S. e può anche non risultare condivisa dalle persone in questione: in tal caso, benché l'A.S. rilevi anche i punti di vista dei diretti interessati, l'elemento che caratterizza l'*assessment* è la *centratura sull'operatore*. La dimensione dell'accertamento è presente in qualsiasi intervento complesso di lavoro sociale professionale.

Valutazione del rischio (risk assessment)

È il processo cognitivo finalizzato a valutare (anticipare) se è probabile che si verifichi un dato fatto o una situazione pericolosa per una determinata persona o per una collettività. L'*assessment* guarda al futuro (sguardo prospettico) ed esprime un giudizio «ecologico», ovvero sul grado di qualità e sicurezza del contesto sociale e dell'ambiente in cui la persona a rischio di comportamenti pericolosi (propri o di altri) vive. Anche l'*assessment* del rischio consiste in un giudizio professionale.

Valutazione del bisogno (Need assessment)

Questo tipo di valutazione è orientata a individuare quale bisogno prevalente, o quale insieme di bisogni insoddisfatti, presenta un dato individuo, nucleo familiare o collettività (Davi et al., 1997). Dato che i problemi di cui si occupa il servizio sociale sono sostanzialmente concepiti in termini di bisogni insoddisfatti, la loro valutazione costituisce una componente fondamentale nell'attività degli assistenti sociali e risulta fortemente connessa a qualsiasi altro tipo di *assessment*.

L'approccio prevede la considerazione di fondo legata alla necessità di operare legata da una specificità di bisogno/problema, piuttosto tenendo in considerazione l'intero ventaglio delle necessità personali di un individuo, dalla sopravvivenza alla sua autorealizzazione (economiche, di gestione della salute, di sicurezza, abitative, di gestione delle quotidianità, di contatti sociali, di relazioni affettive, di istruzione ...).

Vi sono alcuni nodi critici da affrontare in questo tipo di valutazioni quando esse si effettuano con un singolo o una famiglia; eccone alcuni:





1. esiste una distinzione tra:

- bisogni definiti dall'operatore, che egli accerta in base a criteri più o meno codificati
- bisogni percepiti dai diretti interessati
- bisogni espressi all'operatore cioè tradotti in una domanda di aiuto

Bisogna sempre chiedersi se pur individuando certi tipi di bisogni insoddisfatti come operatore, tali da considerare il soggetto al di sotto del livello di qualità della vita accettabile, vi sono delle variabili importanti da tenere in considerazione:

- il soggetto potrebbe non considerarsi in quello stato di bisogno o non desiderare quello standard (incapacità o diversità di riconoscimento dei bisogni)
- oppure potrebbe non desiderare il supporto professionale per tali bisogni (rispetto dell'autodeterminazione)
- oppure potrebbe non poter accettare il supporto professionale.
- o altro ancora...

Nel caso di utenza immigrata queste variabili potrebbero essere davvero molto numerose, tenuto in considerazione il contesto globale di vita del soggetto in stato di bisogno, la sua condizione di immigrato, la sua cultura, la sua religione, ...

Sarà estremamente necessario operare in questi casi realizzando un assessment accurato che tenga in considerazione tutti questi elementi di fondo necessari a valutare la reale situazione di bisogno rapportata alla diversa situazione di bisogno che un cittadino non immigrato potrebbe richiedere. Sarà necessario operare con sicurezza all'interno di queste incertezze, obbligandosi ad esplorarle anche mettendo in gioco le proprie certezze che certamente non sono quelle di chi abbiamo di fronte.

2. esiste una distinzione tra:

- assessment guidato dai bisogni, in cui si valuta il reale bisogno del soggetto (es. un anziano che ha bisogno di un pasto caldo regolare ogni giorno)
- assessment guidato dalle prestazioni, in cui si trasforma direttamente il bisogno valutato in una necessità di utilizzo di un certo





servizio (es. un anziano che ha bisogno di un servizio pasti a domicilio)

Anteporre le prestazioni al bisogno impedisce di ricercare strategie di soluzione diverse da quelle facilmente disponibili le quali non sempre sono quelle più adeguate e spesso non sono addirittura realmente fruibili. O ancora può succedere che l'operatore non rilevi addirittura il bisogno sapendo di non avere la prestazione conseguente disponibile.

Tra l'altro la loro inadeguatezza potrebbe essere molto evidente nei confronti di soggetti immigrati con culture e abitudini molto diverse dallo standard italiano.

Per esempio: pensare che una minore immigrata debba essere inserita in un centro diurno, piuttosto che considerare il suo bisogno di socialità o di sostegno educativo, potrebbe chiudere le porte all'accettazione di un intervento pomeridiano fuori casa (magari insieme a ragazzi dell'altro sesso), per esempio per una famiglia immigrata non abituata a lasciare uscire in certe ore una bambina dal proprio domicilio, facendo fallire prima di cominciare l'intervento stesso.

Controllo di accesso alle prestazioni (gatekeeping)

Assessment come verifica dell'accesso alle prestazioni (*gatekeeping*): funzione tipica di aa.ss. che lavorano in amministrazioni pubbliche. Limitare l'accesso alle prestazioni a chi ne ha veramente bisogno è soprattutto un interesse dell'ente e la valutazione avviene in base a parametri standard che non comprendono il punto di vista soggettivo delle persone interessate e elimina la discrezionalità del giudizio professionale. Se le prestazioni si configurano come specifici diritti, viene meno l'intervento professionale che è *sempre* discrezionale, ovvero si pone nel fronteggiamento di un problema cognitivo; se non c'è problema cognitivo, non c'è professione ma solo mestiere.

Assessment multiprofessionale

E' opportuno quando la valutazione della situazione richiede l'intervento di professionalità diverse, è il caso dell'UVG (Unità Valu-





tative Geriatrica) stabilisce la priorità di inserimento di un anziano in casa di riposo. E' spesso finalizzato a valutare l'accesso a prestazioni socio-sanitarie. L'assessment multiprofessionale porta con se' le difficoltà di lavorare in équipe dove punti di vista diversi possono portare a conflitti.

Valutazione della capacità di azione nell'ottica di rete (Agency assessment)

E' il tipo di valutazione più "comprensiva" nel senso che tiene assieme più aspetti delle realtà problematiche e ricomprende anche al suo interno altri possibili approcci alla valutazione. Può essere vista come il tipo di assessment sociale per eccellenza, posto che si tratta di valutare la capacità delle persone coinvolte in un problema, conclamato o potenziale, di attivarsi per un fronteggiamento congiunto dello stesso, entrando in dinamiche di rete (Folgheraiter, 1998; 2000; Raineri, 2004).

Si tratta di una valutazione che si propone di arrivare a conoscere quanto le persone che hanno bisogni o problemi siano consapevoli degli stessi e quanto siano disponibili o in grado di agire per farvi fronte.

Si valuta per capire come stanno agendo attualmente e come potrebbero agire in futuro ancor meglio, con l'aiuto indiretto dell'operatore stesso, le persone interessate. L'assessment della capacità di azione presuppone un'impostazione relazionale del processo di aiuto, in cui l'operatore è "sociale" proprio in quanto è capace di attivare una relazione di reciprocità con le relazioni di vita a tal punto da arrivare a basare il suo aiuto sulle loro capacità intrinseche, secondo la filosofia nota come *empowerment*.²⁶

In questa ottica di lavoro si sposta sostanzialmente il lavoro di valutazione da una questione puramente psicologica e interna ad una questione anche sociale o meglio di rete sociale.

"In questo assessment la dimensione sociale assume anche un altro significato: il benessere (o il malessere) non si producono per l'azio-

26 Ibidem



ne (o la mancata azione) individuale della persona, quanto piuttosto dall'azione congiunta di più persone coinvolte nella situazione (rete di fronteggiamento). L'agency consiste dunque nella ricognizione della rete relazionale di fronteggiamento esistente, nell'individuazione di potenziali agenti per progetti a valenza collettiva (sviluppo di comunità).²⁷

Metodi e tecniche per costruire la Diagnosi

Normalmente la fase di Valutazione viene considerata un momento importante per la costruzione della relazione fiduciaria con gli utenti ma ben poco si provvede a fornire metodi e tecniche idonei ad un suo opportuno svolgimento. Essendo invece un lavoro processuale molto complesso e articolato, andrebbe approfondito e sperimentato ma, soprattutto, studiato e articolato secondo procedure e linguaggi comuni.

In questo paragrafo si riportano due proposte metodologiche sperimentate in questi ultimi anni da autori diversi, che ci suggeriscono spunti operativi importanti per poter avviare un nuovo percorso locale volto a costruire prassi e linguaggi comuni, in un'ottica di collaborazione e integrazione di risorse e competenze.

A seguire si provvede ad identificare le aree di valutazione specifiche proprie dell'Assistente Sociale utili per chiarificare e definire il proprio apporto professionale anche all'interno di valutazioni multi-professionali, nonché a specificare alcuni aspetti più propri della ricerca sociali applicati al lavoro sociale attraverso l'identificare di indicatori e variabili.

Ripartendo così da tali importanti aspetti metodologici e tecnici si ritiene quindi di poter suggerire degli spunti operativi per la costruzione di un concreto percorso di studio e ricerca che porti alla definizione di guide e protocolli operativi condivisi volti a migliorare la qualità del lavoro professionale.

27 Ibidem





Fasi del processo valutativo

Modello 1	Modello 2
1. <u>preparazione</u> : decidere cosa osservare, quali dati sono rilevanti, qual è l'obiettivo e quali sono i limiti che ci poniamo;	1. fase di “ <u>definizione del campo</u> ” nella quale si identifica il contesto (chi chiede e perché) e l'oggetto specifico della valutazione; consente di contenere l'illusione di poter effettuare valutazioni a 360°
	2. fase di <u>individuazione delle aree di indagine</u> (e dei relativi criteri e indicatori) connesse all'oggetto specifico della valutazione; il quesito valutativo considera due livelli diversi: uno relativo <i>al problema in se</i> e uno relativo alle <i>strategie adottabili</i>
2. <u>raccogliere i dati</u> : si incontrano le persone coinvolte, ci si confronta con i diversi punti di vista, l'empowerment e la possibilità di scelta degli utenti vengono salvaguardati mantenendo aperte varie ipotesi di intervento e assumendo una mentalità di ricerca;	3. fase di <u>raccolta delle informazioni</u> , riportate in uno specifico protocollo. Deve realizzarsi con modalità attente alla relazione con la persona, in modo da costruire una relazione collaborativa.
3. <u>ponderare i dati</u> : si considerano le attuali teorie psicologiche e sociali – bagaglio del percorso formativo di ogni operatore – per rispondere alle domande “c'è un problema?” e “quanto è grave?”	



Composizioni Sociali

4. <u>analizzare i dati</u>: si possono usare una o più mappe per analizzare i dati e cercare di comprenderli al fine di sviluppare possibili idee su come intervenire, quali: approcci psicodinamici, comportamentismi, approccio centrato sul compito, approccio centrato sulla soluzione, approcci narrativi. Tutti possono essere utilizzati anche in modo intrecciato in base al contesto e alla relazione, l'importante è valutarne opportunamente il riferimento.	4. fase di <u>analisi e sintesi delle informazioni</u> raccolte;
5. <u>utilizzare l'analisi</u>: si tratta della tappa in cui viene formulato il giudizio: lo stress che esso comporta, la questione concernente il livello di rischio accettabile, l'importanza del linguaggio. Se gli operatori hanno bisogno di chiarezza rispetto a ciò che fanno è altrettanto vero che "la chiarezza non corrisponde alla certezza; quest'ultima, nella teoria, non porta altro che a un inutile dogmatismo e, nella pratica, ad atteggiamenti inflessibili; la chiarezza invece apre la strada all'accuratezza d'analisi" (Everitt et al. 1992, p.33) ¹	5. fase di <u>diagnosi e valutazione</u> vera e propria, in cui viene espresso il parere in risposta al quesito valutativo iniziale e vengono individuate le strategie di miglioramento e la prognosi.
	6. la fase di <u>restituzione</u> ai richiedenti e agli interessati. ²



Entrambi i modelli fanno riferimento ai principi della ricerca qualitativa che se adottati nel lavoro sociale, possono migliorare notevolmente i risultati dei processi di intervento, ovvero:

- “una chiara dichiarazione di intenti
- la definizione esplicita dei valori su cui ci si basa
- un approccio sistematico alla raccolta dei dati che consideri non solo i fattori personali ma anche sociali
- lo sviluppo di diverse ipotesi alternative da sottoporre a verifica
- decisioni che producono effetti misurabili
- feedback da parte degli utenti.”²⁸

Aree di valutazione del Servizio Sociale

All'Assistente sociale compete produrre una valutazione su alcune specifiche aree che vengono lette e interpretate secondo un'ottica strettamente sociale sia sul piano delle rappresentazioni sia delle misurazioni e che si coniuga con il proprio oggetto di studio e di intervento professionale, pertanto le aree investigate dalla valutazione sociale sono²⁹:

- L'abitazione, intesa come il luogo di vita della persona e/o del nucleo familiare, il luogo degli affetti e della vita di comunità. Vengono prese in considerazione l'ubicazione nel tessuto urbano, la tipologia e la qualità dell'immobile, il contesto di vicinato, nonché l'organizzazione degli spazi al suo interno e le caratteristiche che la contraddistinguono sia in termini positivi che negativi;
- Le relazioni familiari, intese come quel sistema di rapporti che i soggetti costruiscono nell'ottica di un riconoscimento reciproco attraverso lo sviluppo di legami affidabili, lo svolgimento di ruoli sociali complementari, l'acquisizione degli elementi connessi alla socializzazione primaria. Vengono presi in esame la struttura fa-

28 J. Milner., P. O'Byrne, L'assessment nei servizi sociali, Erickson, 2005

29 A cura di A.Campanini, La valutazione nel servizio sociale, Carocci, 2006





miliare, la sua storia, il ciclo vitale, l'esercizio delle funzioni educative, le reazioni e le strategie di fronteggiamento degli eventi stressanti;

- Le relazioni sociali, ossia quei rapporti che i soggetti mantengono con le reti sociali, le esperienze significative nella vita di comunità, le opportunità di partecipazione attiva e di cittadinanza sociale. Pertanto vengono prese in considerazione le esperienze di volontariato, gli impegni di prossimità e di vicinato, la capacità di mantenere legami sociali affidabili, la capacità di fidarsi delle reti sociali e di rapportarsi a esse;
- La salute, intesa come una condizione fisica, psichica e sociale del soggetto e/o del nucleo familiare dentro le reti primarie. In particolare per quest'area si analizzano le ricadute di un venire meno dello stato di salute sulla qualità della vita dei soggetti implicati, il lavoro di cura richiesto, il carico assistenziale, la conciliazione con i tempi di lavoro, con i compiti e le funzioni sociali dei soggetti coinvolti;
- La situazione economica, ossia il sistema delle entrate e delle uscite di quel soggetto e/o del nucleo familiare tenendo conto delle fonti, dell'entità e della capacità di sostenere gli impegni finanziari assunti. Partendo dagli strumenti codificati per legge, quali l'ISEE si prendono in considerazione i vari soggetti produttori di reddito dentro il nucleo familiare, le tipologie di entrata e di uscita finanziarie, la capacità di amministrare i beni e di programmare le necessità di spesa, di affrontare le fragilità di un suo membro;
- Il lavoro, cioè la tipologia dell'attività svolta, il rapporto instaurato, la durata e la capacità di mantenimento derivante da esso, le precedenti esperienze professionali e le mansioni svolte, l'ubicazione del luogo di lavoro, le peculiarità sociali dell'ambiente lavorativo, il livello di soddisfazione raggiunto e/o i motivi di instabilità emersi;
- L'istruzione, intesa come il percorso formativo svolto dai soggetti, le scuole frequentate, gli ausili e i facilitatori utilizzati, le conoscenze e competenze acquisite, le esperienze maturate nel





La famiglia: diagnosi sociale



- rapporto con il sistema scolastico, le autonomie sviluppate, le aree di dipendenza, le prospettive future;
- L'autonomia, ossia la capacità di svolgere compiti nella quotidianità come preparare i pasti, fare la spesa, utilizzare i mezzi di trasporto, i mezzi di comunicazione, ma anche camminare, lavarsi, parlare. (*performance* = ciò che è possibile fare con l'utilizzo di facilitatori – *capacità* = ciò che la persona è in grado di fare in assenza di essi);
 - Le dipendenze, intese come l'utilizzo di sostanze e/o gli stili comportamentali che espongono i soggetti a un elevato rischio per il proprio stato di salute. Pertanto sono prese in considerazione sia le dipendenze da sostanze alcoliche, psicotrope e da tabacco, sia quelle da gioco, ponendo l'attenzione sulle ricadute familiari e sociali che tali comportamenti producono sul contesto di vita della persona;
 - La posizione giudiziaria, riferita ai rapporti intrattenuti dal soggetto e/o dal nucleo familiare con il sistema normativo e giudiziario di riferimento. In particolare, vengono analizzate le azioni giudiziarie subite, le limitazioni alla libertà, la capacità di agire e di rappresentanza.

Ogni area individuata contiene indicatori di benessere e di criticità implicati nella complessità della situazione che l'utente presenta. Da ciò si ritiene che discenda la necessità, per l'Assistente sociale, di individuare un ordine e di definire un sistema di misurazione che restituisca l'entità e i confini del disagio espresso prima e dopo l'azione professionale.

Più avanti vedremo alcune aree di raccolta dati disponibili all'interno del sistema SILS e specifiche modalità di utilizzo delle aree stesse.

Sistemi di misurazione nell'assessment

Nonostante il grande sforzo di stabilire fasi di processo valutativo e





aree specifiche di indagine, la raccolta dati così realizzata continua a presentare un grosso limite nel suo utilizzo concreto legato alla mancanza di un sistema di misurazione di riferimento che sia in grado di quantificare le dimensioni che compongono e definiscono completamente le aree indagate.

Spesso infatti le varie raccolte dati e informazioni restano solo “strumenti descrittivi che hanno la funzione di delineare e circoscrivere gli elementi che compongono una situazione, ma non di delimitarlo sotto il profilo quantitativo. Specificare l'esistenza, il rilievo, la durata e la frequenza delle difficoltà incontrate dalla persona e/o dal nucleo familiare secondo sistemi di misurazione, fornisce all'assistente sociale un punto di partenza per decodificare le criticità e un punto di arrivo per valutare gli esiti dell'intervento e i risultati del suo lavoro.”³⁰

Prima di entrare nello specifico di analisi si riportano di seguito alcune note metodologiche sulla ricerca sociale utili a chiarire i concetti che ci permetteranno di identificare indicatori comuni per il lavoro sociale.

Note metodologiche sulla ricerca sociale

Un concetto viene ancorato ad un oggetto (unità di analisi), ne diviene una proprietà e quindi viene operativizzato, cioè rilevato in forma di variabile.

Concetto

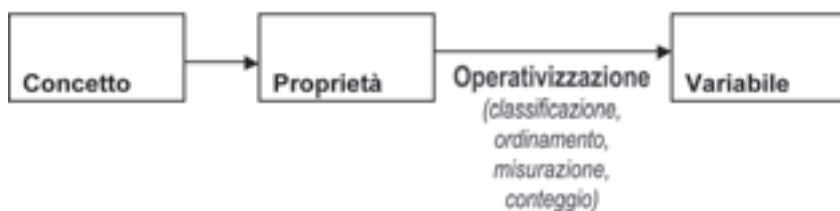
Ci si riferisce al contenuto semantico (cioè al significato) dei segni linguistici e delle immagini mentali. Nel suo significato etimologico sta a significare l'azione di ordinare il molteplice sotto un unico atto di pensiero, nonché l'atto di staccare dall'immediatezza delle impressioni sensibili e dalle rappresentanze particolari un'astrazione dal significato universale.

30 Ibidem





Operativizzazione dei concetti



Attraverso l'operativizzazione dei concetti si realizza la traduzione empirica di una teoria. Operativizzare i concetti significa quindi tradurre empiricamente i concetti applicandoli a oggetti concreti facendoli diventare cioè attributo o **proprietà** di oggetti (studiati) che sono le unità di analisi.

Indicatori

Visto che esistono concetti complessi difficilmente traducibili in termini osservativi si utilizzano gli indicatori (concetti specifici) per tradurre in modo specifico i concetti generali e complessi. Essi sono concetti specifici legati al concetto generale da un rapporto di indicazione o rappresenta semantica. (cioè di significato).

Esempio

CONCETTO GENERALE
= CONCETTO

religiosità
(proprietà non direttamente
rilevabile)

CONCETTO SPECIFICO
= INDICATORE

pratica religiosa

Gli indicatori per il fatto di essere specifici sono in grado di cogliere solo un aspetto della complessità di un concetto generale. Da ciò la necessità di ricorrere a più indicatori per rilevare operativamente lo stesso concetto.

Inoltre va ricordato, che gli indicatori possono essere connessi con più concetti dal contenuto semantico anche profondamente diverso.





Unità di analisi

Specifici oggetti studiati. Oggetto sociale al quale afferiscono nella ricerca empirica le proprietà studiate

Unità di rilevazione

Livello inferiore dell'unità di analisi. Es. se l'unità d'analisi è un aggregato territoriale di individui l'unità di rilevazione è l'individuo.

Variabile

Consiste nella proprietà operativizzata di un oggetto

Esempio :

operativizzazione

Concetto Proprietà $\longrightarrow$ Variabile

PESO (peso di un libro) pesatura del libro Kg 0.7

La definizione delle variabili dovrebbe procedere attraverso una progressiva identificazione e raffinamento del fenomeno di interesse nelle sue componenti fino ad identificare gli aspetti salienti. L'obiettivo di tale procedimento dall'alto verso il basso serve a definire delle caratteristiche immediatamente utili all'obiettivo della ricerca. D'altro canto è necessario predisporre un analogo meccanismo dal basso verso l'alto considerando che le caratteristiche che si vogliono conoscere siano effettivamente misurabili sulle unità statistiche da indagare. E' utile procedere nella definizione delle variabili utilizzando tecniche quali il "modello entità-relazioni.

Modalità

Stati operativizzati della proprietà a ognuna delle quali viene assegnato un differente valore simbolico normalmente costituito da un numero.





Analisi degli elementi costitutivi del processo produttivo dei dati

Descrizione indicatore	Tipo	Fonte/i	Comparabilità	Disaggregazione territoriale	Riferimenti temporali
1	2	3	4	5	6

1 descrivere l'indicatore

2 distinguere tra VD e VO (variabile descrittiva/v. obiettivo)

3 indicare le fonti (e il titolo della pubblicazione)

4 distinguere tra variabili omogenee e proxy

5 1, RIP, R, P, C, A (Italia, ripartizione, regione, provincia, comuni, altro)

6 periodo di riferimento dei dati (annuali, trimestrali, cc), cadenza della fornitura di dati, primo e ultimo anno disponibile

Scheda di dettaglio delle variabili

Unità di rilevazione	Unità d'analisi	Proprietà	Variabile	Modalità
				Codice alfanumerico

Indicatori

Come ci suggerisce Carmen Prizzon (nel testo a cura di A. Campanini, La valutazione nel servizio sociale, Carocci, 2006) “risulta utile delimitare le molteplici e diverse variabili che si incontrano nell'esercizio professionale, attraverso alcuni indicatori maggiormente in grado di descrivere le situazioni che vengono considerate.

In particolare, si potrebbe individuare una serie di indicatori volti a raccogliere:

- **caratteristiche della persona**
- **conoscenze, abilità e acquisizioni**
- **atteggiamenti, convinzioni e valori**

Nella traduzione operativa delle variabili, ovvero quando si vogliono





Composizioni Sociali

individuare gli indicatori e il sistema di misurazione che più si addice a descrivere la situazione sociale, è necessario considerare quattro concetti fondamentali quali: **l'esistenza, l'importanza, la durata, la frequenza**, delle difficoltà incontrate e delle strategie individuate per fronteggiarle (Blythe ET AL.,1993).

Esistenza

L'esistenza o assenza di un problema può essere facilmente verificata con una scala nominale come per esempio: va a scuola? Si-no

Essa può inoltre essere rappresentata attraverso l'uso di un grafico con le sue coordinate come nel caso di una analisi sull'esistenza di difficoltà economiche incontrate dai componenti di un nucleo familiare durante l'anno, suddiviso per trimestre.



Importanza

L'importanza rimanda al concetto di *intensità e di gravità* ad esso sotteso. L'utilizzo di una scala di misurazione permette di descrivere i diversi gradi di importanza del problema. Essa deve comporsi di punti e di intervalli distribuiti in maniera soddisfacente. Si suggerisce





La famiglia: diagnosi sociale



in genere di non superare i 9 punti (scala da 1 a 9). Esempio: esecuzione dei compiti scolastici in autonomia:

1__2__3__4__5

Mai

Sempre

Durata

La durata di persistenza del problema secondo un punteggio dato da una misurazione con un test, ad esempio: la persistenza di un disturbo del funzionamento X per un mese.

Frequenza

Una rappresentazione grafica della frequenza di un problema è facilmente realizzabile ponendo sull'asse delle Y la scala di misura dell'entità del problema (n. di volte in cui si presenta in quella unità di tempo) e su quello delle X le unità di tempo considerato (es. settimana, mesi,...)

Si può anche realizzare tale misurazione in intervalli di tempo differenti tracciando la frequenza con colori diversi, sarà così possibile verificare la tendenza che si sviluppa nel tempo.

Il grafico presenta la frequenza con cui una famiglia chiede aiuto alla rete di vicinato nell'arco di una settimana (da lun a lun.)





Strategie

Quantificare le strategie messe in atto per fronteggiare il problema e pesare il risultato delle strategie.

Gli indicatori per esprimere un *concetto in forma misurabile*, devono essere affidabili e validi.

L'**affidabilità** attiene al grado di coerenza degli elementi considerati, ovvero la possibilità di applicare ripetutamente lo stesso strumento di misurazione della situazione nel tempo.

La **validità** è data dal grado di corrispondenza tra il concetto da misurare e l'indicatore utilizzato per misurare il concetto. Esso implica una stabilità nelle risposte a parità di condizione di impiego della variabile e del suo indicatore.

Tuttavia, l'affidabilità non è sufficiente a garantire la qualità dello strumento di misurazione prescelto, se non si coniuga con il senso di ciò che è pertinente ed essenziale per la situazione; questo, inoltre, rimanda alla constatazione che nella dimensione sociale si agisce su una base di presunta validità entro i termini di riferimento (Marradi 1982).

Dare forma alle variabili dal punto di vista logico-matematico significa *passare alla fase di operativizzazione*, in cui si definisce anche il modo con il quale ricomporre gli indicatori secondo un **valore sintetico** in grado di rappresentare quella variabile. Se la precisione di una variabile è legata al numero delle modalità che devono essere considerate per misurare, per tutte le scelte si pone il nodo critico di stabilire il numero di categorie adeguato e il livello di precisione dell'unità di misura. (Marradi 1980)

Il passaggio da variabile a indicatore rimanda alla scelta che il professionista fa quando seleziona un elemento per descrivere una caratteristica e gli attribuisce un valore, un peso standardizzato.

Esempio:³¹

Area	Variabili	Indicatori di misurazione	Tipo di scala
Abitazione	Salubrità	Valore dato al rapporto tra numero di abitanti e numero di stanze (indice di affollamento)	Scala a rapporti

31 Ibidem





Spunti operativi

Possiamo prendere spunto da questi autori per costruire nel proprio territorio *procedure operative di intervento* che guidino gli operatori nella realizzazione dei processi valutativi *ex ante*, e diano, quindi, la strada per poter condividere e contestualizzare con metodo e strumenti idonei questa importante parte del lavoro sociale.

Da dove partire per avviare questo percorso?

Sistematizzare le esperienze realmente in atto raffrontando modalità di azione di ogni professionista e servizio in campo, identificandosi all'interno di un processo in fasi, con indicazione di modalità e strumenti.

Sperimentare attività di assessment all'interno del processo in fasi identificando e utilizzando concretamente strumenti di misurazione specificamente ideati per indagare le varie aree definite.

Al termine del percorso sarà possibile stilare uno o più protocolli operativi di lavoro (se necessario) che indichino la strada da seguire nei diversi contesti, nonché documentare appositi strumenti di valutazione e modalità di misurazione utili in diversi tipi di assessment.

Strumenti per costruire la Diagnosi

Strumenti di raccolta e analisi dati e informazioni

Per fare diagnosi sociale ci si può servire di diversi strumenti, essi possono essere quantitativi o qualitativi.

Esiste ormai una vasta letteratura in merito ai possibili e diversi strumenti da utilizzare per raccogliere dati e informazioni utili al processo valutativo. Si tratta spesso di strumenti che non sono nati appositamente per la valutazione sociale ma possono essere abbastanza facilmente riadattati (es.: scale) o addirittura creati (es.: questionari, interviste...).

Si ricordano, in particolare, alcuni conosciuti strumenti:

- come quello di classificazione denominato *International Classification of Functioning, Disability and Health Function (ICF)*,





- quelli di assessment come il *Children's Global Assessment Scale* (CGAS), la *Scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano* (SVAMA), lo *schema polare*,
- quelli di percezione come il *Disability Assessment Schedule* (Who DAS II) e le *Tavole di osservazione* di Beller, che sono stati appositamente creati per misurare e valutare le condizioni della persona accanto alle percezioni che i soggetti hanno della propria condizione/situazione.

Le esperienze straniere, come l'*Addiction Severity Index* (ASI) elaborata negli Stati Uniti e quella svedese della *Dokumentation Utvärdering Resultat* (DUR-System – <http://www.goteborg.se/dur>), rappresentano contributi originali per rappresentare e misurare nel campo sociale i problemi complessi. Il DUR si compone di una guida per sviluppare un'analisi più approfondita della situazione della persona, di una serie di domande chiuse con risposte multiple al fine di aggregare i dati e di interpretarli, di un'immagine di come l'utente valuta la propria situazione.”³²

Tra i tipi più conosciuti e utilizzati in questi anni si ricordano:

- questionari
- test
- interviste
- focus group
- check list
- scale
- genogramma
- ecomappa
- carte di rete
- ...

Di seguito si riportano alcune informazioni di sintesi su una parte di questi strumenti.

32 A cura di A.Campanini, *La valutazione nel servizio sociale*, Carocci, 2006





Scale

“Misurare” attraverso delle scale di valutazione significa quantificare, assegnare cioè un valore numerico a delle “variabili”. Viene definito come “variabile” tutto ciò che è osservabile direttamente o indirettamente e che può assumere valori diversi; per gli operatori del sociale le variabili sono il comportamento, i pensieri, i sentimenti, le emozioni, l'autostima, eccetera. Il numero che assegniamo a queste variabili, quando le misuriamo, è un'attribuzione quantificativa che traduce in numeri ciò che l'uomo ha fatto da sempre, misurare cioè la “qualità” della realtà che lo circonda utilizzando termini che contengono in sé una stima quantitativa.

Di seguito si riporta un piccolo esempio

Scala di intensità dei problemi³³

		Intensità del problema				
		Assente	Scarsa	Media	Notevole	Grave
Tipo di problema	Interpersonale (precisare...)					
	Relazioni sociali					
	Organizzazioni formali					
	Ruoli					
	Decisioni					
	Difficoltà emotive					
	Risorse materiali					
	Altro					

33 J. Milner., P. O'Byrne, L'assessment nei servizi sociali, Erickson, 2005





Genogramma

Il genogramma è la rappresentazione grafica delle diverse generazioni che costituiscono la famiglia. Comprende almeno tre generazioni, con i gradi di parentela e gli eventi critici come nascite, morti, matrimoni e divorzi e offre una rapida visione d'insieme dei complessi patterns familiari (McGoldrick e Gerson, 1985).

Il genogramma³⁴ è una specifica “versione” dell’albero genealogico e può essere definito come la rappresentazione grafica della struttura di una famiglia; la sua peculiarità, rispetto all’albero genealogico o ad altre rappresentazioni schematiche di un nucleo familiare, è quella di **ricavare informazioni sulle distanze fisiche ed emotive** tra le persone, ma anche sulla rete di aiuti e risorse interne ed esterne al nucleo; permette, inoltre di evidenziare nessi e relazioni tra i membri, esplorare le emozioni sottostanti, confrontare diversi punti di vista.

Alla semplice descrizione dei legami di parentela si aggiunge, dunque, l’analisi degli elementi relazionali, emotivi e affettivi.

L’organizzazione del genogramma e l’uso che viene fatto in esso dei **simboli** permette, sia a chi compila il genogramma, sia a chi osserva e ascolta, di far emergere la storia della famiglia e di evidenziare alcuni suoi schemi e modelli di funzionamento significativi.

In base all’epistemologia in cui si inserisce questa tecnica, il genogramma può focalizzarsi su alcuni elementi piuttosto che su altri; tra i rami dell’albero pare celarsi il segreto o la spiegazione di un comportamento.

Introdotta nella terapia sistemica familiare da Murray Bowen, il genogramma si è diffuso poi alla quasi totalità degli indirizzi relazionali, con modalità differenti di essere proposto, utilizzato e inserito nel contesto della diagnosi. Generalmente il genogramma include alme-

³⁴ Tratto da <http://www.terapiasistemica.info/larete/2005/genogramma/genogramma.htm>





no tre generazioni e permette di delineare i legami biologici e legali/parentali tra le diverse generazioni. Nella pratica si possono includere le generazioni che vengono considerate rilevanti in base al momento evolutivo della famiglia (o dell'individuo), in base alle problematiche evidenziate, in base alle ipotesi formulate dal terapeuta e dal gruppo dietro lo specchio.

Un elemento da tenere in considerazione è la conoscenza della propria storia familiare di chi “compila” il genogramma. È significativamente diverso che un'informazione non venga indicata perché il soggetto non ne è a conoscenza oppure perché non viene considerata un dato importante, o ancora, se emerge essere un elemento indicibile della storia di quella famiglia.

Emerge quindi che i contenuti (informazioni) e la rappresentazione (organizzazione) del genogramma dipendono da una molteplicità di elementi legati sia all'utente che al professionista dell'aiuto.

Si può affermare che sia che il genogramma sia fatto individualmente sia da più persone insieme, avviene una co-costruzione nel contesto tra i soggetti presenti che porta ad un risultato finale non definibile a priori, influenzato anche dal momento in cui ci si trova rispetto alla seduta ed alla terapia, dal tipo di relazione e di comunicazione presente, dal setting, etc.

Gli elementi “tipici” del genogramma sono a livello di informazioni presentate:

- nomi, soprannomi, posizione parentale di ogni soggetto rappresentato;
- date di nascita, di morte, eventuali gravi malattie, matrimoni, separazioni, divorzi, importanti “riti di passaggio”;
- luogo di residenza e date di “spostamenti” / trasferimenti significativi;
- frequenza dei contatti tra i soggetti;
- intensità e tipo di relazione tra gli individui indicati nel genogramma;
- rotture / separazioni emotive ed affettive;





- etnia, occupazione, livello socio-economico, appartenenze religiose o di altro genere (se significative);
- caratteristiche di salute e di personalità peculiari dei soggetti rappresentati.

La maggior parte di queste informazioni ha dei corrispettivi simboli-standard usati per rappresentare in forma grafica “sintetica” i dati della famiglia.

Esiste un livello di condivisione piuttosto ampia rispetto alla simbologia “di base” che, per altro, è la stessa che viene utilizzata nei comuni alberi genealogici.

Esistono molteplici usi del genogramma e il terapeuta deve essere consapevole di ciò; a questo proposito ci si deve interrogare su quali possano essere le diverse scelte, e quindi proposte, che un terapeuta fa rispetto:

- all'utilizzo della simbologia standard,
- rispetto alla libertà espressiva da lasciare al soggetto,
- rispetto alle eventuali informazioni che ritiene necessario raccogliere,
- rispetto alla difficoltà di rappresentazione di determinate forme di legami non previsti dai simboli classici,
- rispetto alle diverse capacità e potenzialità dei diversi utenti, etc.

La pratica clinica ha portato all'evoluzione del genogramma in nuove forme che mantengono aspetti comuni ma assumono diverse peculiarità per il tipo di informazioni indagate o per la modalità con cui viene proposto il lavoro: nei diversi ambiti applicativi si sono evidenziate le potenzialità di questo strumento maggiormente coerenti con i propri obiettivi, con la propria “utenza”, con il contesto in cui si opera.

Gli esempi più significativi sono quelli del sociogenogramma utilizzato nell'approccio della clinica della concertazione e dell'intervista geografico - storica utilizzata in casi di soggetti provenienti da circuiti di devianza ed emarginazione sociale oppure immigrati con un percorso di integrazione difficile.



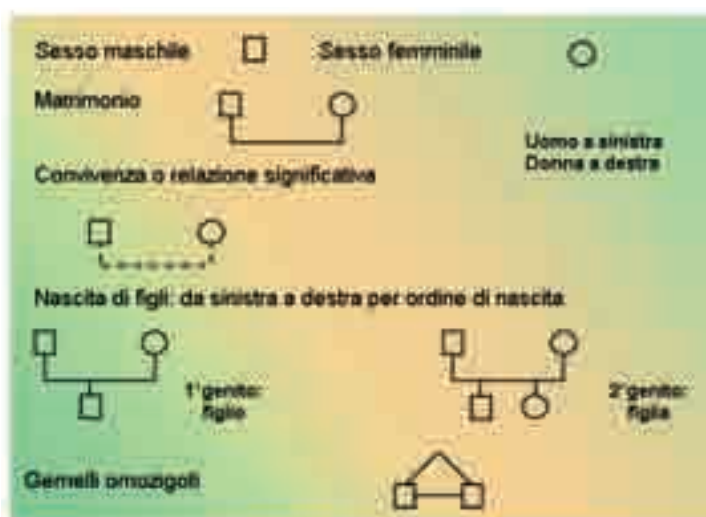


La famiglia: diagnosi sociale



Questi risultati possono essere favoriti sia stimolando la verbalizzazione durante la compilazione del genogramma, sia attraverso domande e riflessioni che chi assiste fa, sempre mantenendo un atteggiamento di ascolto e di rispetto. Questo è un punto fondamentale in quanto ci sembra che rappresenti, oltre alla corretta modalità di svolgimento dell'attività, anche un “modello relazionale” positivo durante la seduta ed esportabile in altri contesti.

Di seguito vengono presentati i simboli standard comunemente utilizzati.





Composizioni Sociali



Tuttavia, oltre a questi simboli standard, che sono quasi del tutto comuni, ve ne sono altri che vanno a rappresentare la **qualità delle relazioni**; tale rappresentazione dei legami presenta maggiore variabilità, a sostegno dell'esigenza di utilizzare qualcosa che descriva in modo significativo la specificità di una famiglia.





La famiglia: diagnosi sociale



Dopo aver riportato i simboli e le regole che vengono indicate generalmente per compilare il genogramma, ci siamo interrogati su quanto sia utile e funzionale definire a priori la modalità con cui il soggetto deve indicare un certo tipo di legame o quanto, invece, possa essere una scelta migliore quella di lasciare alla creatività della persona la libertà di rappresentare la sua percezione della propria storia familiare.

E' necessario usare con molta cautela i simboli per diversi motivi: definire una relazione conflittuale, oppure "fusionale" non necessariamente ci è utile per capire come funziona una famiglia, quali patterns tengono insieme i membri e con quale scopo; la stessa rappresentazione grafica, pur essendo lo spunto per nuove ipotesi, pone contemporaneamente dei limiti "visivi" alla costruzione del significato delle relazioni o dell'organizzazione di un sistema, nel momento in cui un elemento del disegno non può essere collegato a tutti gli altri.

Potrebbe essere più utile osservare come il soggetto evidenzia le distanze o le somiglianze, come fa emergere le particolari caratteristiche delle relazioni che raffigura.

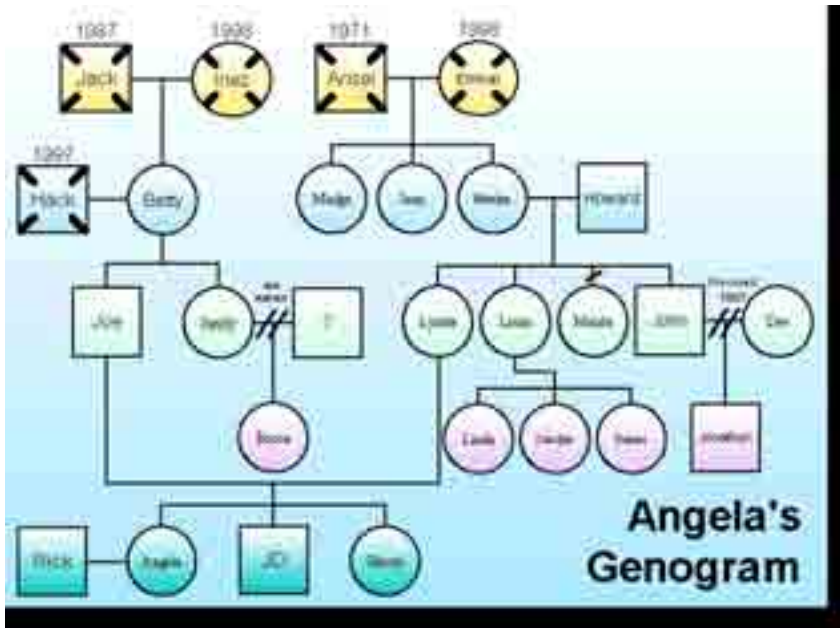
Se intendiamo il genogramma come strumento flessibile e quindi consideriamo possibile lasciare la libertà ai soggetti di rappresentare la propria situazione, allora le difficoltà rispetto all'assenza di simboli specifici viene presto superata; se invece riteniamo che il genogramma debba essere in grado di raffigurare in modo sintetico, ma informativo, qualunque quadro relazionale, allora è necessario rivedere la simbologia già presente e creare simboli nuovi, necessari per completare le potenzialità dello strumento.





Composizioni Sociali

Alcuni esempi:



Esempio di Genogramma tratto da: M.T Zini e S. Miodini (*Il colloquio di aiuto*, NIS, Roma, 1997, pp.68-73)

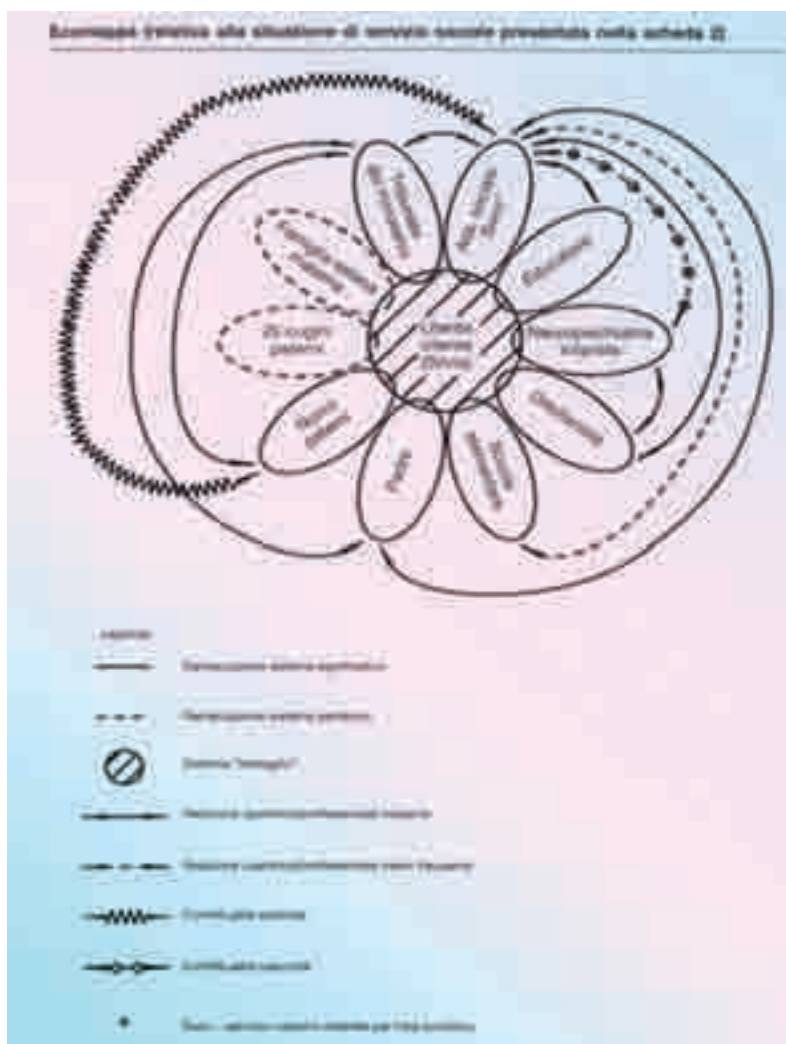






Ecomappa

Strumento utile per costruire, dopo il primo colloquio, una “mappa” del sistema familiare che rappresenti graficamente le relazioni intra-familiari ed extrafamiliari dell’utente, oltre che evidenziare le tappe del processo di aiuto in una prospettiva dinamica.

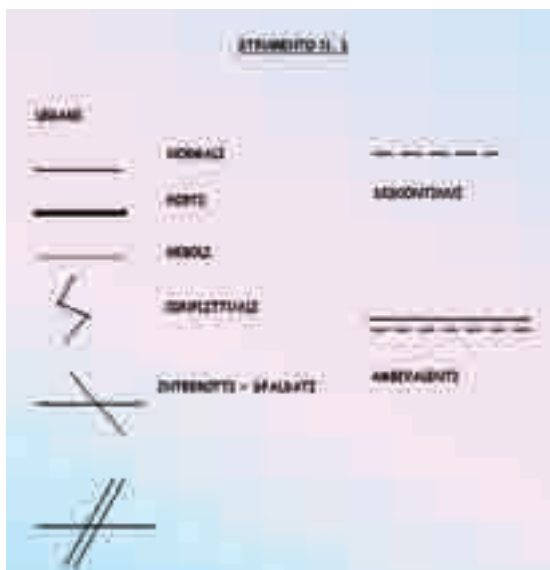




Carte di rete

Le **carte di rete** costituiscono una forma di rappresentazione grafica delle reti, tramite simboli e segni che visualizzano le singole persone e i rapporti che tra esse intercorrono. Sono utili per avere presenti le caratteristiche delle reti e per aiutare le reti stesse a visualizzarsi e rappresentarsi, tramite la compilazione congiunta da parte dell'operatore e del cliente e la riflessione su di essa. La compilazione della carta di rete dovrebbe essere ripetuta più volte nel corso dell'intervento e ogni carta, opportunamente datata, dovrebbe permettere, al confronto con le precedenti, di offrire una visualizzazione dei cambiamenti intervenuti³⁵.

La carta di rete può costituire una base per la comprensione delle dinamiche di cambiamento comuni a diverse situazioni e quindi può condurre all'elaborazione di strategie di rete tese al raggiungimento di obiettivi definiti.



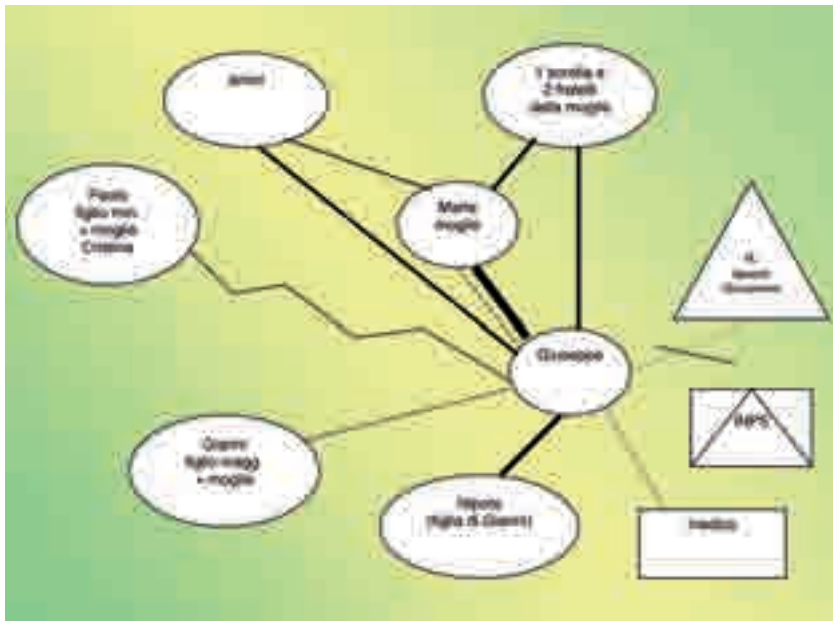
35 SANICOLA L. (a cura di), *op. cit.*, 1994, pp. 303-307. Per approfondire il tema si vedano, tra gli altri: KLEFBECK J., BERGERHED E., FORSBERG G., HULTKRANZ-JEPPSON A., MARKLUND K., "Travail de réseau avec des familles à problèmes multiples en crise", *Traces de Faïces*, Matrice, 4, 1987; TODD D., "Appendix: Social networking mapping", in Curtis W.R., *The Future Use of Social Networks in Mental Health*, Social Matrix Inc., Boston, 1979







La famiglia: diagnosi sociale





Griglie

Ormai sempre più spesso i professionisti hanno imparato autonomamente a costruirsi opportune griglie utili sia in fase di raccolta delle informazioni sia quali strumenti di analisi sintetica e di raffronto dei dati raccolti.

Esempi:

	Persona	Partner	Famiglia	Scuola/ lavoro	Ambiente domestico	Contesto comunitario	Contesto sociale
Storia							
Condizioni economiche							
Comportamento							
Capacità cognitive							
Affettività							
Relazioni/ interazioni							
Rischi							

Griglia per la raccolta dei dati (Meyer, 1993)

	<i>Elementi di malessere Fattori di rischio</i>	<i>Indicatori</i>	<i>Elementi di benessere Fattori di protezione</i>	<i>Indicatori</i>
a) contesto sociale				
b) bambino				
c) relazioni genitori/ bambino				
d) genitori				
e) relazione famiglia/ servizi/ assistente sociale				

Griglia per l'analisi delle informazioni (U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, 2007)





Documentare la diagnosi: cartella sociale online

La cartella sociale documenta tutte le operazioni e raccoglie tutti gli elementi e documenti importanti per tenere traccia del processo di intervento realizzato dagli Assistenti Sociali.

La cartella sociale online, o meglio, un Sistema Informativo del Lavoro Sociale via web (SILS – sistema proprietario di SocialNet s.r.l. <http://www.cartellasociale.it>) è un ottimo strumento di lavoro per gestire il processo di aiuto sociale per tutto il suo svolgimento a partire dalla costruzione della diagnosi sociale (valutazione ex ante) e fino alla gestione complessiva (valutazione in itinere) nonché la sua chiusura (valutazione ex post).

Di seguito alcuni elementi importanti che possono essere riportati nella cartella per ciò che concerne la diagnosi:

1. *la diagnosi necessita di informazioni specifiche sul soggetto:* SILS archivia e sistematizza tutti i dati raccolti rendendo razionale e facilmente consultabile tutto il materiale utile per ponderare e analizzare i dati. Esso è anche un archivio sistematizzato di documenti specificatamente predisposti che vengono riutilizzati e archiviati in cartella (sempre in formato elettronico)
2. *se la diagnosi è multiprofessionale lavorare in rete agevola tantissimo:* il web è certamente lo strumento migliore per effettuare buona parte del lavoro integrato
3. *se la diagnosi serve per poter definire la presa in carico e pianificare un intervento (non solo per stendere una relazione):* SILS avvia il percorso con la definizione scritta della diagnosi che diventa il punto di partenza per il processo di intervento

Visualizzazione online del sistema SILS con evidenza su:

- *SCHEDA SOCIALE (dati utente – nucleo familiare – situazione sanitaria - Storico - ...)*
- *REPORT SCHEDA SOCIALE*
- *PROCESSO DI LAVORO (Accoglienza e processo di aiuto – Gestione in fasi del processo di aiuto – archivi: documentazione, modulistica – Evidenza sulla gestione integrata)*





Composizioni Sociali

- *REPORT DEI PROCESSI*
- *REPORT GESTIONE UTENZA*
- *REPORT CARICHI DI LAVORO*
- *STATISTICHE*

Di seguito alcune schermate del sistema SILS:

SILS Sistema Informativo del Lavoro Sociale

DEMO

Lista Moduli

I moduli del Sistema Informativo del Lavoro Sociale

Accoglienza	☐
Analisi della gestione della fase di accoglienza personale	
Processo di stato sociale	☐
Modulo per la gestione di tutti i dati del provvedimento metodologico di semidirezione	
Fase di analisi	☐
Fase di elaborazione	☐
Fase di progettazione	☐
Fase di definizione	☐
Fase operativa	☐
Amministrazione	☐
Analisi per l'amministrazione delle risorse del sistema (informatica, sociale, amministrativa)	

SILS Sistema Informativo del Lavoro Sociale

DEMO

Accoglienza Anagrafica Liberoip

000001 - LEONARDO DI CARPIO

Torna alla lista utenti

Identificazione | Anagrafica | Contatti | Assistenza | Famiglia | Conoscenza | Altro

Nome	Cognome	
LEONARDO	DI CARPIO	
Data nascita	Luogo di nascita	Sesso
19/05/1970	San Vito	Maschio
Tipa documento	Stato di nascita	
Carte d'identità	Comune	
Numero documento	Data rilascio	
0000000000		
Codice fiscale	Stato civile	
DEPNDMP35234	Non dichiarato	

Il sistema SILS è un sistema di gestione delle informazioni relative al processo di accoglienza e di semidirezione. Il sistema è composto da diverse moduli che permettono di gestire i dati dei utenti e di analizzare i dati del processo. Il sistema è progettato per essere utilizzato da operatori sociali e da amministratori. Il sistema è progettato per essere utilizzato da operatori sociali e da amministratori. Il sistema è progettato per essere utilizzato da operatori sociali e da amministratori.



La famiglia: diagnosi sociale



SILS Supervisory Information System for the Laboratory of Social Work **Accoglienza** Integrazione Umana

DEMO SILS

Operatore: **NUME1 COGN1** Terza alla lista utenti

[Accoglienza](#) [Anagrafica](#) [Contatti](#) [Schede Utenti](#) [Famiglie](#) [Anagrafici](#) [Altri](#)

Descrizione Famiglia **FAM101**

ID	Nominativo Familiare	Genere
10	Famiglia ADRIATE MATIA Famiglia ADRIATE SAMUELE	Maschio
10	Famiglia ADRIATE FRANCESCO Famiglia ADRIATE DANIELA	Maschio
11	Famiglia ADRIATE Famiglia ADRIATE FRANCESCO Famiglia ADRIATE DANIELA	Maschio
12	Famiglia ADRIATE Famiglia ADRIATE MATIA Famiglia ADRIATE DANIELA	Femmina

[Continua](#)

SILS Supervisory Information System for the Laboratory of Social Work **Accoglienza** Integrazione Umana

DEMO SILS

Operatore: **NUME1 COGN1** Terza alla lista utenti

Descrizione Famiglia **FAM101**

Operatore: **Data di nascita:**

Nominativo utente: **Sesso:**

☐ **Escludi con nome non attivo in processo** Conferma

ID	Nome	Cognome	Programma	Stato	Operatore
10	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
11	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
12	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
13	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
14	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
15	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
16	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
17	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
18	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
19	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
20	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
21	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
22	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
23	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
24	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
25	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
26	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
27	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
28	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
29	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
30	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
31	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
32	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
33	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
34	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
35	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
36	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
37	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
38	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
39	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
40	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
41	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
42	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
43	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
44	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
45	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
46	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
47	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
48	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
49	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
50	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
51	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
52	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
53	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
54	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
55	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
56	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
57	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
58	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
59	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
60	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
61	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
62	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
63	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
64	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
65	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
66	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
67	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
68	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
69	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
70	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
71	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
72	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
73	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
74	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
75	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
76	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
77	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
78	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
79	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
80	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
81	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
82	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
83	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
84	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
85	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
86	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
87	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
88	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
89	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
90	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
91	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
92	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
93	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
94	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
95	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
96	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
97	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
98	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
99	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang
100	NUME1	COGN1	20101010	Attivo	Wolfgang





Formulazione della Diagnosi

A conclusione della fase di raccolta delle informazioni, l'assistente sociale deve formulare il proprio parere valutativo. La fase di definizione del parere è la fase più complessa e ansiogena: in essa l'operatore si espone in un giudizio esplicito – una diagnosi – che diventa visibile e quindi potenzialmente contestabile, soprattutto quando il livello del contendere è molto alto. Il rischio nell'esprimere un giudizio spiega il motivo per cui spesso nelle indagini manchi una parte esplicitamente valutativa.

Sulla base delle informazioni raccolte e del parere diagnostico è possibile prefigurare le ipotesi di intervento; nel passaggio tra la “diagnosi” e le proposte di intervento resta spesso implicita l'ipotesi degli operatori in merito al *perché*, al *come mai* esistono i problemi di cui ci si vuole occupare. Tale ipotesi variano a seconda del background teorico di riferimento di ognuno e influenzano le caratteristiche dell'intervento e le sue modalità di realizzazione.³⁶

La formulazione della diagnosi prevede:

- riordino, rielaborazione e sintesi di tutti gli elementi raccolti nell'indagine sociale, relativi alle varie aree significative prese in esame e al problema considerato
- formulazione di un parere in risposta al quesito valutativo iniziale, tenendo presente la dimensione temporale
- definizione del problema di cui ci si occupa al fine di affrontare la situazione di disagio sottesa alla richiesta
- condivisione della valutazione e diagnosi con i diversi attori coinvolti
- esplicitazione delle domande che restano aperte, su cui l'indagine non ha potuto raccogliere informazioni sufficientemente esaustive.

Una possibile scansione in tappe è stata proposta da *Judith Milner, Patrick O'Byrne (2005)*:

³⁶ U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, *L'assistente sociale e la Valutazione*, Carocci 2007

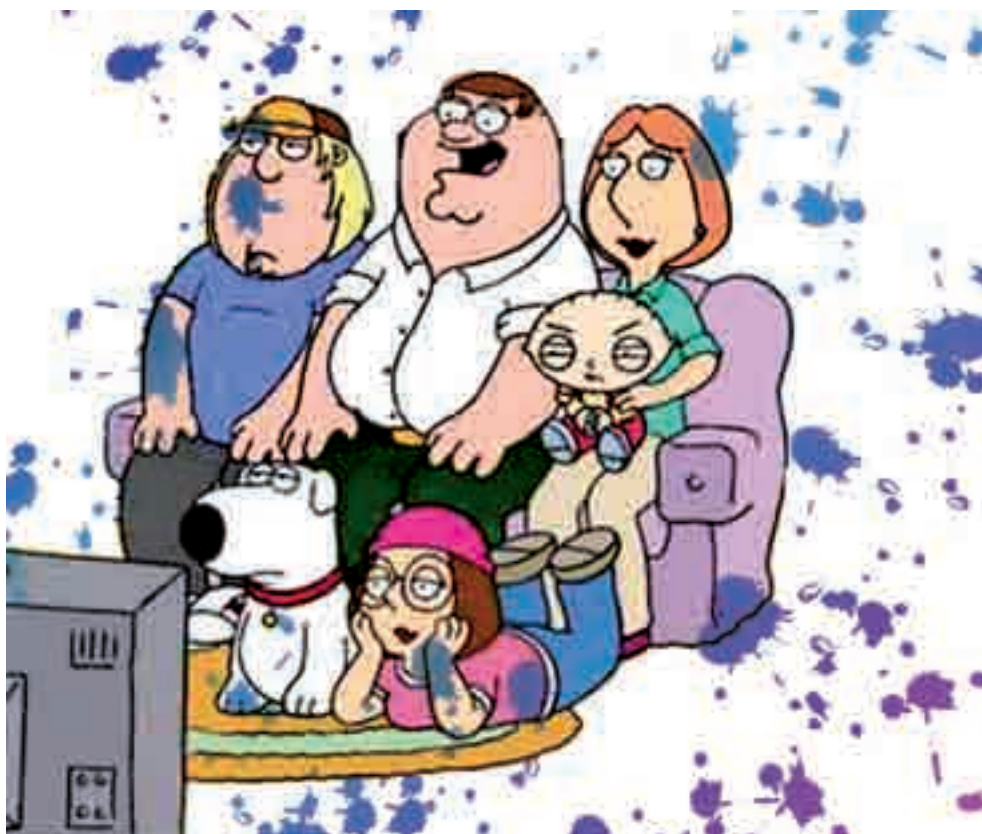




1. *Definire il "caso"*: i suoi confini, il suo contesto
2. *Elencare i dati*: quali fatti, accadimenti, forme di oppressione ed elementi di forza sono presenti
3. *Soppesare i dati*: in che modo la persona funziona nella situazione? Com'è la bilancia tra energie e limiti, effetti negativi e risorse? Per questo ci si potrebbe servire delle "conoscenze" messe a disposizione dalle scienze sociali
4. *Elaborare l'analisi, le inferenze e la spiegazione*: dare un significato alle interazioni tra le variabili. Fare connessioni causali, verificare le ipotesi. Una verifica finale si potrà fare anche cercando di svelare le distorsioni
5. *Delineare la situazione/concludere*: decidere quali sono i bisogni e cosa si può fare, se cambiare per primi i fattori interni o esterni, o entrambi, chi se ne può occupare, quali rischi si presentano, come si può aumentare la sicurezza.
6. *Aspetti a cui fare attenzione*: Qual è il nodo centrale cui mirare nell'intervento? In che modo e con quale metodo? Ci potrebbe essere un altro metodo utile? Quali tempi prevediamo? Chi è preferibile inizi ad agire per primo? Quali risultati ci si attende e con quali criteri si intende valutarli? Quali saranno i costi?



Composizioni Sociali





Capitolo IV

La famiglia: ascolto e connessioni

Diagnosi sociale : tecniche e strumenti.

Testo della lezione della

Dott.ssa Paola De Riù

Coordinatore Socio Sanitario Distretto VT5 AUSL Viterbo

PREMESSA

“ La SALUTE è uno stato di pieno ben-essere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità. Il godimento di livelli il più possibili elevati di salute è uno dei diritti fondamentali d’ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, credo politico, condizione economica o sociale. (*World Medical Association Bull. 1949/1*)”.

La definizione dell’O.M.S considera il concetto di salute quale valore globale.

La persona viene presentata nella sua complessità: la dimensione fisica non può essere scissa da quella psicologica, emotiva, relazionale, spirituale e tutte queste dimensioni devono essere considerate nella realtà sociale (ambiente) dove la persona vive.

Considerare il bisogno di salute/ben-essere di una persona o di una comunità secondo un approccio bio-psico-sociale significa, quindi, confrontarsi con la complessità dei diversi sistemi presenti nello specifico ambiente di vita.

Considerare

- il benessere fisico, quale alimentazione adeguata, stile di vita, accesso al sistema sanitario di prevenzione/cura/riabilitazione,
- il benessere psichico, essere in sintonia con se stesso, con i





propri familiari e con tutti gli altri individui con i quali si intrattengono relazioni sociali, possibilità di accedere, in caso di necessità, al sistema sanitario “salute mentale”,

- il benessere sociale, possedere un’abitazione, un lavoro, frequentare le scuole, fruire del sistema previdenziale ed avere la possibilità di accedere al sistema delle politiche e degli interventi sociali significa ragionare sull’assunto che questi bisogni risultano collegati ed interdipendenti e non si possono comprendere gli uni senza gli altri.

Pertanto il bisogno di salute-benessere risulta un bisogno complesso, che necessita di interventi curativi –*cure*- ed interventi assistenziali –*care*- e le prestazioni socio-sanitarie³⁷ devono essere, quindi, fornite

37 DPCM 14 febbraio 2001, art.2

Tipologia delle prestazioni

1.L’assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.

2.Le prestazioni socio-sanitarie di cui all’art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l’intensità dell’intervento assistenziale, nonché la sua durata.

3. Ai fini della determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a:

- a) funzioni psicofisiche;
- b) natura delle attività del soggetto e relative limitazioni;
- c) modalità di partecipazione alla vita sociale;
- d) fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

4. L’intensità assistenziale e’ stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- c) la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l’autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.





La famiglia: ascolto e connessioni



in forma integrata.

Compito principale degli operatori dei diversi sistemi³⁸ è favorire la

5. La complessità dell'intervento e' determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

38 DPCM 14 febbraio 2001, art. 3.

Definizioni

1. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale.

Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso:

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

3. Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e





Composizioni Sociali

costruzione di una rete integrata tra i servizi sanitari e sociali, per permettere la costruzione di un progetto individualizzato di presa in carico globale, garantendo l'appropriatezza dell'intervento, in continuità assistenziale, in particolare per le fasce "fragili" dei cittadini, afferenti, per il sistema sanitario³⁹, alle aree materno-infantile, anziani, disabili adulti, , patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

³⁹ Decreto lgs229/1999 art.3-septies





IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE



Il servizio sociale professionale è presente nel sistema sanitario, negli EELL, presso le strutture accreditate/convenzionate del privato e del privato sociale. Gli assistenti sociali inseriti nei singoli contesti lavorativi operano, agendo il loro mandato istituzionale (che deriva dall'ente di appartenenza) per il ben-essere del cittadino.

Le prestazioni svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale (rif. Piva P., L'intervento organizzativo nei servizi socio sanitari NIS, Roma 1993), è possibile suddividerle in due ambiti :

- Attività dirette o di front-office : lavoro diretto con l'utente, svolto presso la sede di lavoro o presso il domicilio dello stesso;
- Attività indirette o di back-office: lavoro programmatico, di pensiero e di azione per l'utente e per il servizio/organizzazione.





Composizioni Sociali





Dal lavoro diretto con i cittadini il professionista può desumere gli elementi per un lavoro di area vasta, di programmazione di interventi a favore della comunità territoriale.

IL CONTESTO

Il contesto in cui operiamo, il territorio, diventa l'unità di riferimento del processo di programmazione per pensare, programmare e poi attuare il sistema di servizi ed interventi⁴⁰.

Il sistema integrato dei servizi⁴¹, quindi, viene programmato a livello di ambito territoriale, il Distretto Socio-Sanitario.

Gli strumenti⁴² per la programmazione sono:

40 il Piano Territoriale rappresenta la visione del futuro che si desidera per il territorio, una visione argomentata:

“È il processo di trasformazione territoriale che si basa sulla valorizzazione delle componenti del milieu (insieme degli elementi e condizioni naturali e delle condizioni materiali, socio-culturali e istituzionali derivanti dall'azione umana, che costituiscono il capitale sociale di quel territorio) ad opera di reti locali di soggetti che agiscono secondo principi organizzativi propri...” De Matteis G. Governa F.

41 Il concetto di sistema integrato: da interventi sparsi e frammentati a insiemi di interventi integrati sul territorio, nel quadro di livelli essenziali definiti per tutto il paese (L. 328/00 art.22);

da interventi per categorie specifiche di soggetti a un sistema di interventi rivolti alle persone e alle famiglie

42 Il **PIANO di ZONA** si inserisce nel governo della rete dei servizi, deve essere definito dai **COMUNI ASSOCIATI** di un ambito territoriale, d' **intesa** con l'**AZIENDA SANITARIA LOCALE** e individua:

- gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione
- le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali
- le modalità per garantire l' integrazione tra servizi e prestazioni
- le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con altre risorse della comunità
- le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo
- le forme di concertazione con l'azienda sanitaria locale, le ONLUS, le cooperative, associazioni



PIANO delle ATTIVITA' TERRITORIALI

Strumento operativo dell'integrazione degli interventi a promozione e tutela della salute.

“Il Distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie...nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi Ospedalieri, inserendoli organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento”

L.229/00 art.3 quater comma2

“Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio dell'intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative prevede la localizzazione dei servizi, determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria. È proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci del Distretto, dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Direttore Generale”

L.229/00 art.3 quater comma 3

PIANO di ZONA:

strumento per "favorire la formazione di SISTEMI LOCALI di INTERVENTO fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili....“

L. 328/00 art.19, comma 2

Con questi strumenti si auspica che il Distretto socio-sanitario
-da PORZIONE DI TERRITORIO, accezione geografica , inteso come contenitore di servizi territoriali di varia natura, dislocati anche in diversi comuni di cui è costituito e rappresentato come mappa;
-da STRUTTURA che ASSICURA SERVIZI di ASSISTENZA PRIMARIA SANITARIA e SOCIO-SANITARIA, ha risorse proprie, dirigenti preposti ed eroga prestazioni direttamente ed indirettamente, Rappresentato come sommatoria di servizi presenti;
-a PROCESSO di INTEGRAZIONE di tutti i SERVIZI ASL, EELL, 3° e 4° SETTORE, modello organizzativo da raggiungere nel tempo, che superi la parcellizzazione e l'autoreferenzialità dei singoli servizi e ponga il cittadino e i suoi problemi al centro del sistema per favorire la costruzione della “COMUNITÀ TERRITORIALE”, formata da tutti i CITTADINI RESIDENTI, DOMICILIATI e TEMPORANEAMENTE PRESENTI sul territorio.





IL MANDATO del SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Da questa normativa specifica deriva che il mandato istituzionale dei servizi, in particolare del Servizio Sociale Professionale, sia

-riorganizzare e riprogettare gli interventi in senso “reticolare”
-valorizzare sinergie e scambi relativamente ai progetti:

- sul singolo cittadino e la sua famiglia
- nel campo di lavoro sulla comunità.

IDEA PROGETTUALE

- Il gruppo di lavoro per la predisposizione dei Piani di Zona, formato da assistenti sociali appartenenti alla AUSL e agli EELL , ha concordato che solo “leggendo” (con strumenti mirati) la dimensione lavorativa della figura professionale dell’Assistente Sociale era possibile rilevare i bisogni espressi dai cittadini del Distretto (e , di conseguenza,l’operatività del professionista).

In processo per reperire informazioni sulla realtà territoriale e predisporre una prima bozza di **sistema informativo sociale é nato da una riflessione condivisa dalla comunità professionale.**

Occorreva rendere visibile , dare “peso” al proprio lavoro di front-office e di back-office : solo valutando le singole situazioni (problematiche emergenti , residenza della famiglia, servizi presenti, prestazioni erogate),organizzando una memoria, era possibile, nel confronto con tutti i colleghi che operavano nel medesimo territorio geografico, pur appartenendo a servizi di diversi Enti, predisporre una lettura georeferenziata dei bisogni del Distretto, base sicura per il lavoro programmatico, di pensiero (conoscere per decidere) a favore delle persone e dell’organizzazione .

Ogni assistente sociale costruisce, nel tempo, un proprio archivio, personale o di servizio, strutturato ed aggiornato: ogni assistente sociale era in possesso di un piccolo sistema informativo.

L’esigenza di redigere con cognizione di causa il Piano di Zona del





Distretto, reperire informazioni certe sulla realtà territoriale, ha reso necessario condividere le informazioni, organizzare le notizie in elementi strutturati: i dati.

Gli assistenti sociali del distretto AUSL/EELL erano in possesso di un patrimonio informativo costituito da dati: occorreva solo un sistema condiviso per la memorizzazione e occorreva un metodo di lavoro per produrre dati, emettere dati, ricevere dati.

L'elaborazione dei dati produce INFORMAZIONI:

- dirette ad un consumo interno, di ESERCIZIO (modalità e strumenti necessari alla gestione efficiente delle attività quotidiane;
- dirette a un consumo esterno, di GOVERNO (possono permettere la gestione dell'attività di programmazione: facilitare la lettura dei bisogni e sostenere il processo decisionale)

Il gruppo di lavoro integrato ha previsto la creazione di uno strumento condiviso per la rilevazione delle prestazioni di servizio sociale professionale: leggere e quantificare la dimensione lavorativa dell'assistente sociale permette di rilevare i bisogni della comunità territoriale e l'operatività del professionista.

L'operatività del professionista, reso visibile secondo criteri scientifici⁴³:

-lavoro diretto o di front-office: numero di famiglie in carico, problematiche emergenti

-lavoro indiretto o di back-office: lavoro di rete e attori coinvolti, lavoro nell'organizzazione, riunioni integrate e l'analisi della percentuale tra le due tipologie, permette anche una riflessione sulla propria operatività, un confronto con i colleghi e una riflessione congiunta sull'operatività dell'unità operativa, del servizio e dell'ente di appartenenza.

Il servizio sociale integrato: progetto report servizio sociale, dalla prestazione all'archivio utenza

Con questa base metodologica è stata predisposta una codifica sintetica delle nostre prestazioni, ipotizzando anche un tempo di lavoro:

43 rif.Piva P., L'intervento organizzativo nei servizi socio sanitari NIS, Roma 1993





La famiglia: ascolto e connessioni



codifica prestazioni					
		tipologia	codice	tempo	specifica
LAVORO DIRETTO					
Colloquio:	seguimento	00	150'	Si immeda il lavoro	
	consulenza	01	450'	stretto con l'utente	
	presa in carico	02	450'	o un suo familiare	
Dinamiche		1	600'	Preso attenzione	inter-famiglia
Telefonati		11	100'	Preso attenzione	inter-famiglia
LAVORO INDIRETTO					
PER L'UTENTE					
primo di trattamento		01	300'	Si immeda il lavoro	
aggiornamento familiare		02	100'		
Assegni:	Assegni	11	300'	4 lavoro dell'utente	
	privato sociale	12	300'	o della sua famiglia	
	amm. interna	13	300'		
	1 m.	14	600'		
	giudice familiare	15	600'		
Servizi:	Servizi Giustizia	16	600'		
	altro	17	300'		
Telefonati		22	100'		
RETE PER L'UTENTE					
funzionamento:	Assegni	01	100'	Si immeda lavoro di	
Consulenza:	privato sociale	02	100'	rete per l'utente e	
Consulenza:	amm. interna	03	100'	la sua famiglia	
	1 m.	04	100'		
	giudice familiare	05	100'		
	Servizi Giustizia	06	100'		
	altro	07	100'		
Telefonati		11	100'		
PER L'ORGANIZZAZIONE					
Esigete		01	30'	Si immeda il lavoro	
Organizzazione progetto		02	10'	di area vasta	
Organizzazione piano		03	10'		
Supervisione trattamento Unità		04	10'		
relazione per organizzazione		05	100'		
Monitoraggio per organizzazione		06	100'		
Report		07	10'	Compt. Multidisciplin.	
AGGIORNAMENTO		08	100'	Carta formazione	



Composizioni Sociali

Parimenti è stata predisposta una scheda per la rilevazione, da compilarsi da parte dell'assistente sociale, che prevedeva la registrazione delle prestazioni svolte, utilizzando la codifica precedente.

La scheda redatta sul cartaceo e trasferita su data base in excel, permetteva di effettuare agevolmente una lettura secondo diversi indicatori (nominativo utente, residenza e codici prestazione).

[illegible]

Il gruppo di lavoro integrato ha quindi predisposto un data base in excel per tutte le situazioni in carico

a)

Age Group	Don't know	No	Yes	Probably yes	Probably no
18-24	10%	5%	15%	5%	65%
25-34	10%	5%	25%	10%	50%
35-44	10%	5%	15%	20%	50%
45-54	10%	5%	15%	10%	60%
55-64	10%	5%	15%	10%	60%



La famiglia: ascolto e connessioni



b)

1. a. Materno			2. b. Minori		3. Anziani		
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani
1. a. Materno	1. a. Materno	1. a. Materno	2. b. Minori	2. b. Minori	3. Anziani	3. Anziani	3. Anziani

Questo semplice archivio, attraverso la codifica degli items categoria, problematiche e famiglia, ha permesso di leggere il dato delle prese in carico, in primis in base alla residenza (il nostro Distretto comprende undici Comuni), successivamente per aree di bisogni .

Illustriamo le specifiche:

CATEGORIA.:

- 1 a : materno infantile adulti
- 1 b : materno infantile minori
- 2 : anziani
- 3 : handicap
- 4 : patologie psichiatriche
- 5 : dipendenze
- 6 : patologie infettive
- 7 : inabilità o disabilità da patologie degenerative
- 8 : altro

(Decreto lgs229/1999 art.3-septies)



PROBLEMATICHE :

Si è utilizzata una scala di rilevazione validata ed internazionale⁴⁴ che considera i problemi rilevati nelle categorie seguenti:

1) problemi con il gruppo di supporto primario:

- a) morte di un familiare
- b) salute tra familiare
- c) separazione
- d) divorzio
- e) deterioramento dei rapporti
- f) allontanamento da casa
- g) seconde nozze dei genitori
- h) abuso verso minori
- i) disaccordo con i fratelli
- j) nascita di un fratello.

2) problemi correlati all'ambiente sociale:

- a) morte o perdita di un amico
- b) supporto sociale inadeguato
- c) vivere da solo
- d) difficoltà d'acculturazione
- e) discriminazione
- f) problemi di adattamento a fasi di vita.

3) problemi educazionali:

- a) analfabetismo
- b) rendimento scolastico
- c) disaccordo con insegnanti/compagni
- d) ambiente scolastico inadeguato

4) problemi lavorativi:

- a) disoccupazione
- b) condizioni di lavoro difficili

⁴⁴ rif. Frances First Pincus: *Guida al D.S.M. IV°*, Masson, "Problemi psicosociali e ambientali" Asse IV p.73





- c) insoddisfazione lavorativa
- d) disaccordo con superiori e compagni
- e) minaccia perdita di lavoro
- f) cambiamento di lavoro

5) problemi abitativi

- a) senza fissa dimora
- b) casa inadeguata
- c) vicinato poco sicuro
- d) disaccordo con vicini
- e) sfratto

6) problemi economici

- a) povertà estrema
- b) finanze inadeguate
- c) supporto assistenziale insufficiente.

7) problemi riguardanti l'accesso al servizio sanitario:

- a) servizi sanitari inadeguati
- b) mancanza di mezzi di trasporto
- c) inadeguata assicurazione sanitaria.

8) problemi correlati con l'interazione con il sistema legale e penale:

- a) arresto
- b) cause in corso
- c) essere vittima di qualche reato
- d) incarcerazione.

9) altri problemi psicosociali e ambientali:

- a) esposizione a disastri, guerre o altri tipi di violenza
- b) disaccordo con il personale di assistenza non familiare
- c) mancanza di disponibilità delle agenzie di servizio sociale.

(Il testo sottolineato si riferisce al sistema socio-sanitario U.S.A)





E' stata predisposta una codifica per le diverse tipologie di famiglia⁴⁵ utile ai professionisti in particolare in relazione alla normativa relativa ai minori:

FAMIGLIA:

- 1 : single
- 2° : coppia coniugale senza figli
- 2b : coppia naturale senza figli
- 2c : genitore/figlio-i
- 2d : altro (2 fratelli etc.)
- 3° : coppia coniugale con figlio/i
- 3b : coppia naturale con figli/o
- 4° : famiglia ricostituita coniugale
- 4b : famiglia ricostituita naturale

E' stata predisposta una lettura della tipologia dell'inviante: INVIANTE

- 1 : autonomo
- 2 : MMG, PLS
- 3a : ospedale A.S.L. Vt
- 3b : ospedale esterno

⁴⁵ Sulla scorta degli studi di P. Laslett – negli anni Settanta e Ottanta –, si è pervenuti a definire una tipologia delle strutture familiari fondata sul principio delle unità di coabitazione, o ménages. Distinguiamo, perciò, famiglie:

di primo tipo, composte da persone sole (celibi, vedove o vedovi senza figli);

di secondo tipo, che raccolgono consanguinei o parenti acquisiti in assenza di una coppia coniugale centrale (è il caso di fratelli o amici conviventi, di vedovi o non coniugati coabitanti con altri parenti, ecc.);

famiglie nucleari o di terzo tipo, in cui la coppia coniugale, con o senza figli, costituisce il nucleo di convivenza;

famiglie allargate di quarto tipo, che riuniscono individui in relazione di parentela con un nucleo coniugale centrale (in questo caso, si distingue ulteriormente fra relazione verticale e orizzontale, a seconda che prevalga una convivenza estesa a generazioni diverse o a diramazioni parentali più o meno lontane);

famiglie polinucleari di quinto tipo, in cui coabitano almeno due coppie coniugali legate da vincoli di parentela.





La famiglia: ascolto e connessioni



- 3c : struttura sanitaria convenzionata
- 4 : servizi A.S.L. territoriali
- 5 : EELL
- 6 : Privato sociale
- 7 : Scuola
- 8 : Autorità Giudiziaria
- 9 : Altro

Ed è stata definita la modalità di chiusura:

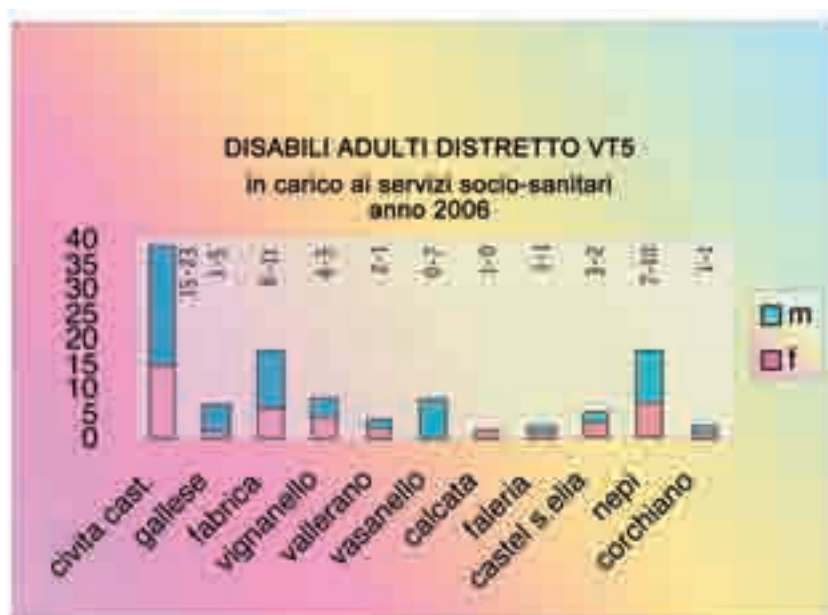
MOTIVO CHIUSURA

- 1 : concordato: termine consulenza/progetto
- 2 : abbandono da parte dell'utente
- 3 : trasferimento
- 4 : obit



ALCUNI RISULTATI TANGIBILI... per RAGIONARE INSIEME

Questo primo ARCHIVIO DI BASE ha permesso, lavorando sull'indicatore CATEGORIE, la lettura del dato in possesso dei servizi sociali integrati Ausl/EELL relativo alle persone in carico ai servizi relativamente all'area "handicap".



Siamo riusciti ad ottenere una prima lettura socio-sanitaria georeferenzziata del territorio distrettuale (composto da undici Comuni).



[illegible]

Operatore di riferimento:

nominativo del case-manager (ASL o EELL)



Progetto congiunto:

0: no

1: sì

Centro Diurno:

0:no

1:c.d. del CSM 5 Asl VT

2:c.d. del Comune di Civita Castellana tempo pieno

2a: “ tempo parziale

2b: “ in appoggio

3:c.d. del Comune di Nepi

4:c.d. del Comune di Gallese

Assistenza domiciliare dell'EELL:

1:operatori comunali

2:nome coop.

Soggiorni estivi:

1:organizzati Asl con operatori Asl

2:organizzati da coop. EELL con operatori asl dedicati

2a: idem senza operatore dedicato

3:organizzati da privati con operatori Asl

3a: idem senza operatore.

Struttura residenziale:

identificativo struttura

Invalità Civile:

percentuale

L. 104:

relativamente all'art.3 comma 3.



Tipologia di intervento attivato:

Servizio disabile adulto integrato

1 organizzazione e gestione rete assistenziale

2 autonomia personale

3 autonomia sociale

4 tirocinio terapeutico-riabilitativo di accoglienza

5 tirocinio formativo lavorativo

CAD

6 infermieri

7 fisioterapia

8 specialisti

9 assistenza domiciliare programmata

10 presidi

ICD 9 e DSM IV:

codifica

Questo primo lavoro ci ha permesso, come operatori, la visione complessiva del nostro territorio ed è stato la base sicura per procedere, nell'ambito dell'Ufficio di Piano, alla definizione del **Protocollo d'Intesa** tra l'ASL VT Distretto 5 e tutti i Comuni per la **messaggio in rete dei centri diurni socio-assistenziali**, definendo il percorso per l'accesso, i componenti dell'Unità Valutativa Multiprofessionale, la presa in carico congiunta⁴⁶ e le modalità per la stesura del PAI (piano assistenziale individualizzato) con l'individuazione del case-manager.

Sempre dall'archivio-base, con lo stesso procedimento, implementando il data-base iniziale, siamo riusciti ad ottenere la prima lettura

⁴⁶ Nell'ambito del servizio sociale professionale definire la "presa in carico" significa definire e programmare un processo di aiuto con e per i cittadini e la loro comunità sociale.

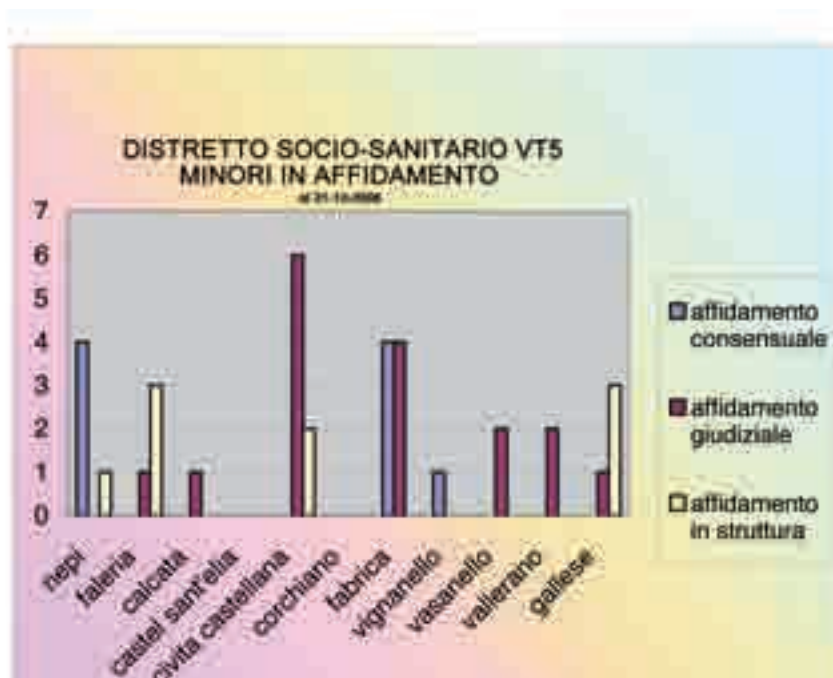
Si tratta quindi di un processo che si traduce in un progetto condiviso e concordato fra gli operatori dei servizi integrati e le persone coinvolte o interessate che ha come obiettivo principale quello di valorizzare e promuovere la partecipazione e le potenzialità, anche residue, di tutti i soggetti coinvolti.





Composizioni Sociali

socio-sanitaria georeferenziata relativamente alle situazioni dei MINORI in AFFIDAMENTO



Anche questo lavoro è stato la base di partenza per predisporre un **Protocollo d'Intesa** tra l'ASL VT Distretto 5, tutti i Comuni e l'ARLAF (Associazione romana e laziale per l'affidamento Familiare) per la costituzione ed il funzionamento dell' **"équipe integrata per l'Affidamento familiare"** presso l'Ufficio di Piano, con funzioni di coordinamento tecnico ed organizzativo (progetti di sensibilizzazione, reperimento famiglie affidatarie, conduzione di percorsi di preparazione al progetto affido, predisposizione e conduzione di gruppi di self-help, costituzione della banca dati, spazio di supervisione e confronto con le équipes di presa in carico). Sono stati allegati al Protocollo le Linee Guida con le procedure e la modulistica predisposte dal gruppo di lavoro.

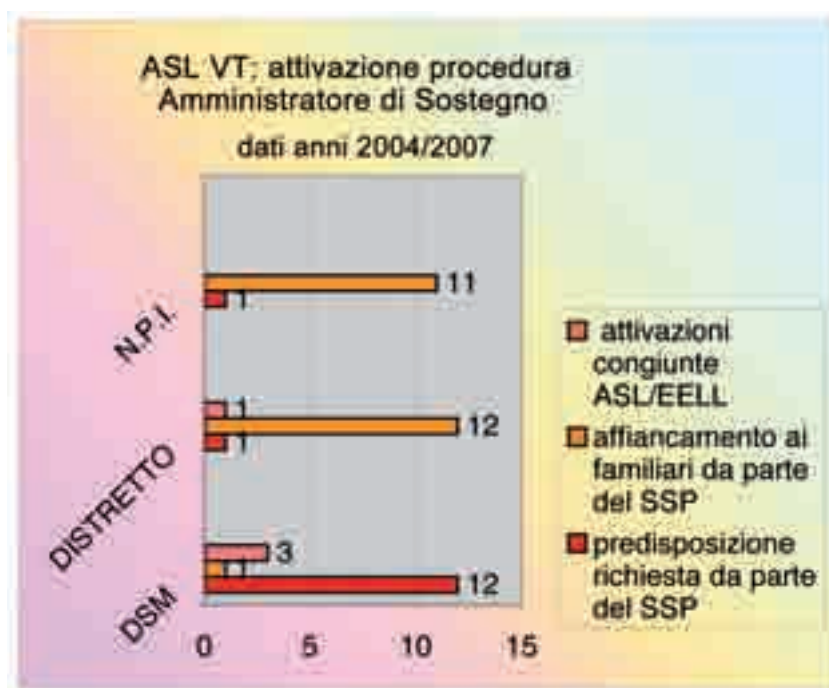




La famiglia: ascolto e connessioni



In questa sede mi sembra opportuno presentare, come spunto di riflessione, i dati riferiti alla rilevazione dell'attivazione, da parte del servizio sociale professionale integrato del Distretto VT5, delle procedure per la nomina dell'Amministratore di Sostegno e della diversa tipologia di intervento messo in atto:



In quest'area, nell'ambito dell'Ufficio di Piano, stiamo predisponendo delle linee guida (procedure e modulistica) con l'obiettivo di prevedere, in stretta integrazione con le associazioni di volontariato presenti sul nostro territorio, un corso di sensibilizzazione/formazione per amministratori di sostegno.

Per concludere occorre sottolineare come il nostro mandato nel Sistema Sanità si possa declinare nell'attivazione e nel prendersi cura delle reti di sostegno, favorendo i processi di integrazione interna al





nostro Ente (tra l' Ospedale e il territorio- tra i diversi servizi territoriali) ed esterna (con EELL, il Privato convenzionato/accreditato, il 3° e il 4° settore) per effettuare una presa in carico globale della persona/famiglia per evitare che problemi sociali, culturali ed economici ostacolino il raggiungimento dell'obiettivo salute-benessere. Questo obiettivo è conseguibile solo garantendo la continuità assistenziale in percorsi assistenziali individualizzati.

Il passaggio dall'intervento individualizzato all'intervento sulla comunità territoriale deve prevedere, per la nostra figura professionale, l'attivazione di strategie operative per favorire i diversi livelli di integrazione, tenendo conto delle diverse componenti sottese al termine, quali responsabilità e risorse.

Dal livello di **integrazione professionale** (composizione di saperi e abilità per garantire risposte efficaci che le singole professionalità da sole non conseguirebbero),

al livello di **integrazione gestionale** (governo manageriale di risorse da integrare in progetti comuni d'intervento, protocolli d'intesa interni all'ente- protocolli d'intesa tra enti diversi, con predisposizione di linee guida e modulistica)

al livello di **integrazione istituzionale** (incontro tra responsabilità e risorse di natura istituzionale, recepimento dei protocolli d'intesa stipulati con atti deliberativi di presa d'atto),

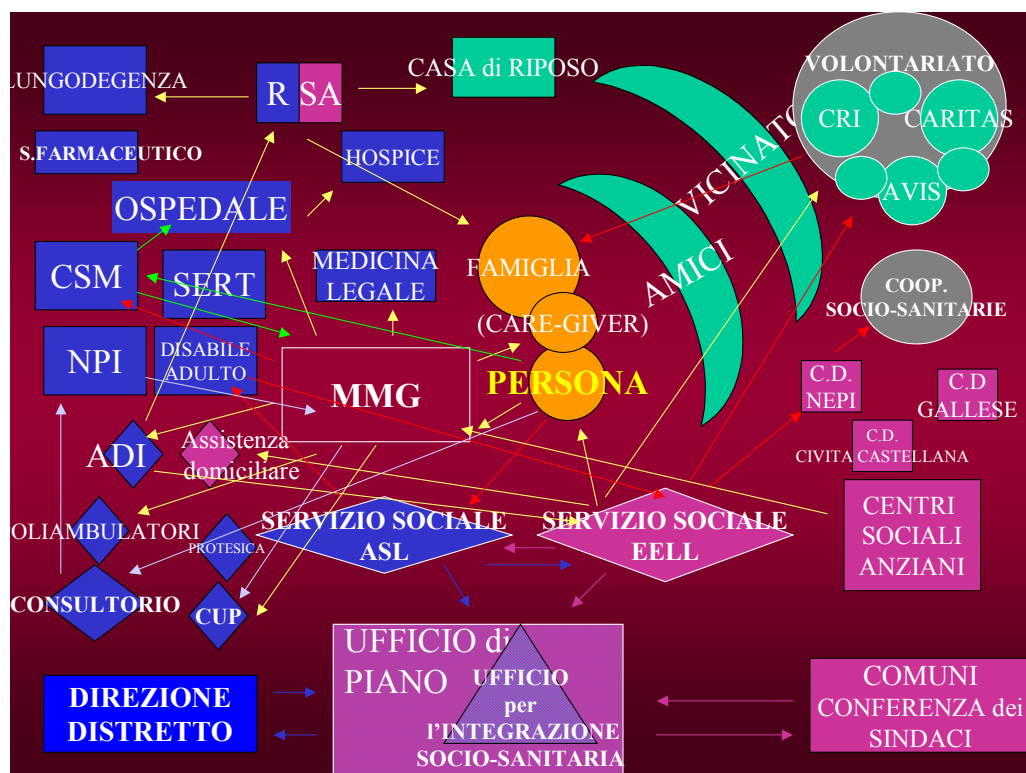
in un processo dal basso, partendo dagli operatori, che tenendo conto anche della domanda partecipativa emergente, quale livello di **integrazione partecipativa** (associazioni di volontariato che, su istanza solidaristica riescono, visto l'obiettivo comune, ad incontrarsi con i professionisti e i decisori istituzionali) riescono a porre in essere queste strategie operative che trovano nel territorio e nella comunità locale il luogo privilegiato d'attuazione.

Pertanto vorrei concludere con una (parziale) rappresentazione grafica del territorio in cui opero, il Distretto VT5 , per evidenziare la complessità del campo del nostro agire quotidiano nel concorrere all'attivazione e al governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari ricordando una frase contenuta nel P.S.N. 2003/2005, del prof. Splendori: *“Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può*





soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria”.





Composizioni Sociali





La misurazione della rete come indicatore di valutazione sociale

Testo della lezione della

Dott.ssa Chiara Caprini

Assistente Sociale Esperta Ospedale Fatebenefratelli

Docente di Metodi e tecniche del Servizio Sociale

Facoltà di Scienze dell'Educazione Università LUMSA

Alcune riflessioni preliminari sul perché, cosa e come valutare...

Riflettere sulla valutazione della rete come funzione specifica del servizio sociale professionale, significa non limitarsi a cercare generiche definizioni, piuttosto comprendere lo scopo dell'azione valutativa, acquisire un metodo di processo trasformandolo da semplice valore d'uso a valore di scambio, cioè in competenze che, in quanto replicabili metodologicamente, vadano oltre il singolo contesto d'intervento.

La valutazione in quanto attività complessa connette risultati raggiunti, benefici prodotti, obiettivi definiti e adeguatezza dei processi messi in atto. In questo ambito ruolo fondamentale è dato dalla definizione degli indicatori, cioè dall'insieme delle caratteristiche osservabili e/o calcolabili.

Claudio Bezzi, direttore della "Rassegna Italiana di Valutazione" nel 2002 in un seminario a Firenze, ha definito la valutazione come *"l'insieme delle attività collegate utili per esprimere un giudizio per un fine, giudizio argomentato tramite procedure di ricerca valutativa che ne costituisce l'elemento essenziale ed imprescindibile di affidabilità delle procedure e fedeltà delle informazioni utilizzate per esprimere quel giudizio..... la valutazione esprime un giudizio, e quindi è sempre legata all'oggetto al contesto e agli attori sociali che ne fanno partela valutazione si esercita tramite un'attività di ricerca ...perché solo tramite un percorso siffatto si dà affidabilità delle procedure"*





e fedeltà delle informazioni utilizzate...ho detto –giudizio contingente legato agli attori sociali- e ho detto – rigore della ricerca sociale che informa il giudizio valutativo- ...oggettività assieme al rigore della procedura scientifica”.

Appare evidente che il compito dell'assistente sociale in quanto valutatore è quello di adattare le tecniche al contesto, salvaguardando il rigore metodologico del percorso valutativo che s'intende mettere in atto.

Riflettere sull'azione professionale dell'assistente sociale, significa partire dalla persona e dalla sua relazionalità; la richiesta di aiuto prende sempre l'avvio da una necessità, un bisogno, un disagio di cui il richiedente ne è spesso il comunicatore finale ma certamente non l'unico attore. L'analisi delle reti (*Social Network Analysis SNA*) ha come componente fondamentale lo studio non tanto dell'attore sociale in sé, quanto delle relazioni definite dai collegamenti tra diversi attori. Per analizzare quindi le reti di un individuo è necessario considerare che i modelli di rete rappresentano una struttura sociale, economica, politica, etc. Quindi la rete e i suoi nodi costituisce un ambiente che può limitare o fornire opportunità per gli attori e le loro azioni che comunque sono inter-dipendenti in quanto dinamiche. E' evidente che le connessioni tra attori posso essere lette anche come strumenti per il trasferimento di risorse (l'amico del mio amico è mio amico).

La valutazione dunque di un processo di aiuto o di un progetto sociale non può non contemplare l'analisi della rete di vita della persona in difficoltà o del gruppo che rappresenta.

In questa sede formativa, la tematica di approfondimento s'incentra sulla famiglia, su attori cioè fisiologicamente in reciproca connessione, non escludendo dall'attività valutativa la rete dei servizi attivi o potenziali. La qualità di tali relazioni però è tutta da valutare da parte dell'assistente sociale che sa in partenza di non poter scindere la persona dal suo ambiente di vita, l'azione professionale dal suo contesto organizzativo, l'intervento di aiuto dall'Istituzione che la pianifica e realizza.

Inoltre valutare la “tenuta” della rete affettiva della persona e la





sua potenziale integrazione solidale con la rete dei servizi territoriali è prioritaria a qualsiasi intervento perché lo studio dei legami significativi possa diventare:

- specifica strategia per offrire un percorso assistenziale omogeneo, più mirato ed efficace
- crea connessione più solide fra nodi affettivi e nodi istituzionali
- costituisce sinergia fra le risorse attive e potenziali nel percorso assistenziale.

uno strumento per valutare...

In questa sede, ipotizzando un possibile strumento valutativo, lo stiamo collocando nella valutazione preliminare

- **della rete di provenienza della persona che esprime un bisogno. La valutazione, o più correttamente la sintesi valutativa è l'insieme ragionato di tutti quei dati ritenuti necessari per l'avvio e l'attuazione di un percorso efficace di cambiamento, altrimenti non monitorabile.**
- **Più la valutazione è obiettiva , completa e fotografa le reali connessioni tra la persona coinvolta e gli altri attori presenti, più l'intervento messo in atto risponderà ai bisogni specifici emersi ed abatterà successive azioni improprie.**

	n1	n2	n3	n4	n5	n6
n1						
n2						
n3						
n4						
n5						
n6						

La ricerca mira ad indagare la rete potenzialmente solidale, la capacità economica , le risorse personali attraverso la durata e la frequenza delle relazioni, i contatti personali, le risorse attive la tenuta delle connessioni rilevate rispetto al disagio manifestato o ad esempio ad una patologia in atto.

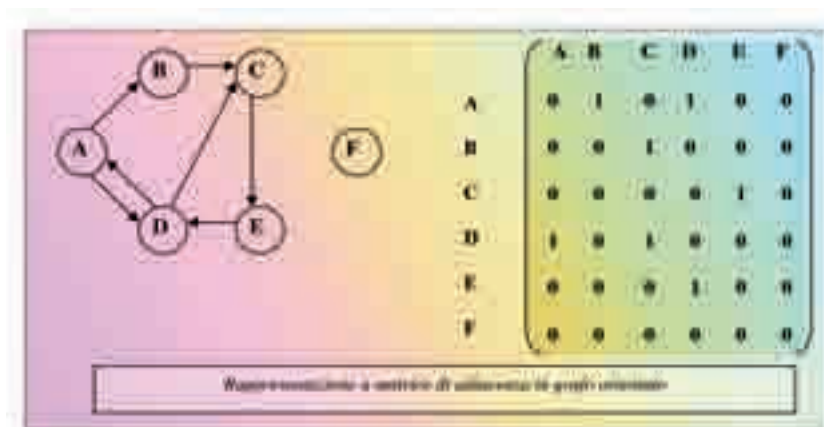
E' utile ricordare che il metodo di raccolta delle informazioni deve essere oggettivo cioè misurabile e comparabile, per cui tutti i dati rac-





Composizioni Sociali

colti da indagini, colloqui, devono poi essere trascritti, e trasformati in indicatori misurabili come scale valutative (in termini di quantità e qualità) che aiutano a sostanziare un giudizio da cui discenderà la caratterizzazione del processo di aiuto successivo.



Va comunque consolidata la lettura sistematica delle modificazioni della rete originaria, legate agli interventi messi in atto, anche per lavorare sui nodi e ridurre sia sovrapposizioni d'interventi sia "buchi" da parte dei professionisti.

Perché se è vero che *il sistema integrato dei servizi può essere identificato come una rete complessa, non possiamo poi nell'azione specifica di aiuto dimenticare che è proprio la presenza di enti, istituzioni, società ed associazioni diverse a costituire la ricchezza e l'interesse per lo sviluppo di connessione pur in presenza di:*

- *mission diversificate*
- *accesso alle risorse sbilanciato*
- *non abitudine al reciproco dialogo istituzionale ed operativo.*

E' in questa ottica di connessione reciproca e sostanziale che si creano percorsi di *empowerment* e progetti a 360°, rispettando il proprio mandato professionale ed il mandato istituzionale a cui si appartiene.

“ da soli si va più in fretta... insieme si va più lontano”

proverbio africano





In ascolto delle famiglie: la consultazione con genitori di bambini piccoli.

Testo della lezione della

Dott.ssa Bianca Micanzi Ravagli

Psicoterapeuta

Direttore scuola specializzazione AIPPI

(Associazione Italiana Psicoterapia Psicoanalitica Infantile)

Il lavoro di consultazione con genitori di bambini da 0 a 6 anni è l'oggetto del mio intervento. Si tratta di un ascolto indirizzato ad un particolare gruppo di famiglie caratterizzato da rapidi e profondi mutamenti, quali sono quelli indotti dalla nascita di un bambino e dalle prime emozionanti fasi del suo sviluppo. Queste famiglie possono essere oggetto di interventi specifici indirizzati congiuntamente al bambino e ai genitori, con l'obiettivo di sostenerne le capacità parentali e, insieme, lo sviluppo del bambino; tali interventi sono iniziati negli anni '70, con il lavoro pionieristico di S.Fraiberg, che ha unito in modo profondamente innovativo il lavoro sociale all'ascolto psicoanalitico, ed hanno anche promosso un ripensamento della salute mentale infantile.

La concezione della salute mentale infantile su cui si basa tale specifico lavoro, infatti, va ben oltre gli interventi di consulenza tradizionali. La premessa fondamentale è quella del riconoscimento della importanza centrale della relazione primaria ai fini dello sviluppo, e conseguentemente del rispetto che le si deve e del desiderio di proteggerla e migliorarla.

Il focus sulla relazione permette una vasta applicazione dei concetti che coniugano la psicoanalisi, la psicologia evolutiva e il lavoro sociale in differenti contesti: la famiglia nucleare e allargata, l'adozione, gli asili nido, la scuola ecc. Quando si lavora mettendo al centro il bambino e i suoi bisogni e vissuti emotivi, automaticamente si rea-





lizzano condizioni più idonee di incontro e di collaborazione con le famiglie da parte di figure professionali e di agenzie differenti.

Quando la collaborazione non è possibile va tenuto presente che anche le relazioni al giudice o le testimonianze sono una occasione perché i bisogni affettivi e i vissuti del bambino vengano riconosciuti e per quanto possibile protetti.

Se si analizzano le richieste di consultazione che pervengono ai servizi pubblici e privati, colpisce, prima di tutto, l'ampliarsi in questi ultimi anni, dello spettro delle motivazioni per le quali si chiede l'intervento. Penso che per una comprensione di questo fenomeno occorre ricordare che, dalla fine degli anni '80, sia nella comunità scientifica che di riflesso nei Servizi, è emersa l'esigenza di una politica nuova rispetto alla prima infanzia: si intendeva restituire significato psicologico a sintomi come i disturbi del sonno e dell'alimentazione, che, nel bambino piccolo, venivano considerati di esclusiva competenza pediatrica. Si pensava inoltre che, se si fosse creata una maggiore sensibilità al disagio dei bambini sotto i cinque anni, i genitori avrebbero potuto cogliere più precocemente i segnali di sofferenza psichica – di fatto le segnalazioni arrivavano prevalentemente all'ingresso della scuola elementare- e ci sarebbe stata la possibilità di intervenire più tempestivamente e con maggior successo sul disagio.

Maturava l'esigenza di ampliare l'area della consultazione andando oltre la valutazione delle patologie della prima infanzia: spesso le uniche segnalate riguardavano situazioni molto gravi come i disturbi dello spettro autistico. Si cominciava a pensare in modo più ampio ad un servizio di prevenzione primaria per i bambini piccoli al quale potessero accedere anche i futuri genitori, i genitori di neonati e di bambini sotto i tre anni per poter ricevere un aiuto in momenti di cambiamento: gravidanza, primi mesi di vita, nascita di un fratellino, ingresso al nido e alla materna, o anche di crisi: malattie, separazioni, eventi traumatici.

Una prospettiva di salute anziché di malattia, avrebbe favorito l'accesso dei genitori, promuovendo una cultura del benessere mentale infantile.

Un secondo punto, importante ai fini di questa breve esposizione-





ne, emerge, sempre dall'analisi delle richieste di consultazione, che spesso, da parte degli operatori, non si dà uno spazio sufficiente alla comprensione e all'approfondimento della crisi o del conflitto della genitorialità sottostanti alle difficoltà del bambino; per genitorialità qui si intende il processo per il quale si diventa genitori da un punto di vista psichico.

Spesso si tratta di difficoltà di cui i genitori soffrono da tempo, a volte consapevolmente, a volte in modo non abbastanza chiaro, ma tale comunque da mortificare dolorosamente l'esperienza della maternità e della paternità.

S.Fraiberg, nel celebre scritto *Ghosts in the nursery*, (1975), chiama "fantasmi" gli affetti infantili perduti alla coscienza ma potentemente attivi nell'inconscio. Come ho già scritto in precedenti lavori ai quali in parte mi richiamo, (B. Micanzi Ravagli, 1999, 2005), Fraiberg distingue tre tipi di famiglie: nel primo, i genitori hanno avuto una storia familiare di accudimento e sensibilità e questa esperienza li ha resi capaci di contatto con i propri bisogni affettivi e di ascolto empatico al bambino. I fantasmi del loro passato disturberanno perciò il loro rapporto con i figli solo eccezionalmente e per breve tempo.

Nel secondo caso la comparsa dei fantasmi è meno eccezionale: "ci sono, sembra, alcuni fantasmi di passaggio che selettivamente si installano nella stanza dei bambini. Sembrano far danno secondo un piano storico o tematico, specializzandosi in aree quali alimentazione, sonno, controllo sfinterico o disciplina, a seconda della vulnerabilità del passato dei genitori." L'autrice descrive il loro ritorno in modo molto evocativo: è come se un dramma dimenticato da molto tempo si riattualizzasse con la nascita del bambino e ritornasse in scena con una nuova compagnia di attori tra i quali egli è costretto a rappresentare una parte. I genitori, in famiglie di questo secondo tipo, avvertono sempre, anche se in modo più o meno chiaro, disagio e preoccupazione e sono perciò spinti a chiedere il nostro aiuto di consulenti e a formare con noi una alleanza terapeutica per "trattare gli invasori di passaggio".

Il terzo caso è rappresentato da quelle famiglie che la Fraiberg definisce "possedute dai fantasmi". Sono queste le famiglie a rischio





di maltrattamenti, abusi e psicopatologia nelle quali la spirale della violenza sembra autoperpetuarsi. I fantasmi hanno preso dimora stabilmente, spesso da più generazioni, nel nucleo familiare dove mettono in scena, regolarmente, anche se con compagnie di attori che si susseguono nel tempo, lo stesso identico consunto “copione”.

A differenza delle famiglie del secondo tipo, questi genitori non sembrano avvertire preoccupazione, disagio e desiderio di cambiamento. E' per famiglie di questo tipo, che non sempre si rivolgevano ai servizi, che la Fraiberg con il suo gruppo sperimentarono i primi interventi domiciliari di “infant-parent psychotherapy” ispirati sia alla psicoanalisi che alla psicologia evolutiva e al servizio sociale.

All'interno della distinzione proposta dalla Fraiberg, mi sembra che si possa identificare una sorta di spartiacque tra le famiglie del primo tipo e quelle di secondo e terzo. Nelle famiglie di primo tipo i fantasmi turbano le relazioni tra genitori e figli solo eccezionalmente e per breve tempo. Ciò significa che le ansie e le fantasie sono sottoposte al lavoro di elaborazione che i genitori sono in grado di fare da soli o con l'aiuto che l'ambiente spontaneamente offre loro. Si tratta di genitori che sono in contatto con i loro bisogni affettivi e che, se necessario, possono chiedere e accettare l'aiuto dei loro familiari con i quali sono in un rapporto costruttivo o non troppo conflittuale. Sono genitori che hanno acquisito delle modalità di funzionamento parentale e che, in presenza di un sintomo nel bambino, non sono travolti da ansie di tipo persecutorio, ma possono mettere in primo piano il bambino reale e le sue difficoltà, formulando richieste di aiuto ma anche stabilendo facilmente una alleanza terapeutica con il personale dei Servizi a cui sanno cosa chiedere e come chiedere.

Nelle famiglie di secondo e terzo tipo la nascita di un bambino riattualizza vecchi drammi, affatto o non completamente superati, con la differenza che mentre le famiglie di secondo tipo avvertono ansia e disagio e possono perciò chiedere l'aiuto, le altre non sempre lo fanno, come se l'evasione dalla pena psichica fosse per loro la strategia prevalente.

Tuttavia per tutte le coppie la nascita di un figlio comporta necessariamente una rielaborazione del proprio mondo di rapporti, con la





temporanea messa in crisi di equilibri fino allora funzionali. Seligman che ha proseguito a S.Francisco il lavoro della Fraiberg, (1994) parla di “crisi evolutiva” sottolineandone sia l’aspetto di destabilizzazione che il potenziale di cambiamento. E tra i diversi autori che si interessano della terapia madre/bambino e genitori/bambino c’è unanimità nel riconoscere nel periodo che va dalla gravidanza alla prima infanzia del bambino, un momento intensamente trasformativo.

Stern, (1985), ne sottolinea il carattere di eccezionalità e insieme di normalità. Il bambino e i suoi genitori si trovano coinvolti nel processo più radicale e più rapido che si conosca: il corso normale del primo sviluppo. Inoltre per questo autore, quest’epoca della vita ha, più di ogni altro periodo critico, la funzione principale di realizzare il cambiamento, la maturazione, lo sviluppo e la crescita.

Per alcuni genitori, quelli del primo tipo descritto da Fraiberg, la crisi viene presto superata e la rielaborazione avviene in modo più tacito e meno doloroso, mentre per quelli del secondo gruppo la crisi si protrae e il lavoro si presenta più difficile, anche se ne viene avvertita l’esigenza.

Un terzo importante punto della mia esposizione riguarda la specificità del lavoro con i genitori, che richiede di essere meglio precisato e approfondito nei suoi vari momenti di valutazione e trattamento, come pure nei suoi vari aspetti, in particolare su quelli attinenti la relazione terapeutica. Come abbiamo visto, la concezione della salute mentale infantile su cui si basano la psicoterapia congiunta genitore-bambino e gli interventi di consulenza nella prima infanzia, poggia su una premessa fondamentale: il riconoscimento della importanza centrale della relazione primaria ai fini dello sviluppo dei bambini e della piena maturità dei genitori.

In questa prospettiva ci si ripropone la necessità di considerare i genitori al pari dei bambini i destinatari di interventi quali la valutazione e il trattamento. Valutazione e trattamento che acquistano una loro specificità in quanto orientati a identificare e sostenere le modalità del funzionamento parentale. Questo però significa anche riprendere in esame l’intera questione del lavoro con i genitori nel suo complesso. Si tratta di un approfondimento del quale c’è biso-





gno da tempo, poiché il lavoro con i genitori è spesso sentito da chi lavora con i bambini, come un tema spinoso la cui difficoltà viene spesso sottovalutata. Anche se in tutte le figure professionali che in contesti differenti utilizzano un approccio psicoanalitico nel lavoro con le famiglie, è largamente diffusa la consapevolezza che il trattamento del bambino è condizionato dalla adesione dei genitori al trattamento stesso, tuttavia ugualmente si è spinti troppo spesso a considerare come paziente solo o principalmente il bambino sofferente e a considerare i genitori in subordine. Mi riferisco a Psicologi, Assistenti Sociali, Neuropsichiatri infantili, Terapisti della riabilitazione, Educatori, ecc...

M. Rustin, (1998), si interroga sulle condizioni che tendono a far sottovalutare il lavoro con i genitori, un lavoro cioè che sia rivolto a sostenere le loro capacità parentali. L'autrice sottolinea come tale compito sia delicato e richieda una specifica preparazione ma rappresenti un aiuto insostituibile per la famiglia in difficoltà.

Essa si chiede se la scarsità di domande di supervisione in questo campo sia insieme la cagione e l'effetto dell'attenzione e dello statuto inferiore che viene attribuito a questo tipo di interventi anche in quelle scuole di formazione che, come nel modello Tavistock, prevedono nel training il lavoro con un genitore di un bambino in terapia.

Ancora Rustin (1998) ricorda come il lavoro con i genitori alla Tavistock di Londra venisse condotto fino agli anni '70 da Assistenti Sociali Psichiatrici esperti il cui lavoro si situava alla frontiera tra la psicoterapia e il case work.

L'autrice individua lo specifico di questi interventi altamente qualificati, nell'interesse per gli aspetti interiorizzati delle difficoltà relazionali, interesse che negli anni successivi è stato sostituito da quello per la terapia familiare che è divenuto lo strumento di intervento di maggior investimento da parte degli operatori sociali.

L'autrice infine distingue, nel lavoro con i genitori, quattro categorie principali che spaziano dal sostegno al trattamento di un bambino, al sostegno delle funzioni parentali, così importanti per i bambini gravi, alle richieste centrate sui cambiamenti in seno alla





famiglia, affrontabili con interventi familiari o di coppia, alla terapia individuale di uno o di entrambi i genitori.

Altri autori sottolineano come, anche nel solo ambito psicoanalitico, manchino chiare direttive tecniche nel lavoro condotto con i genitori. Rosenbaum (1998) suppone addirittura che questa mancanza sia alla base delle riserve formulate nei confronti dell'analisi infantile.

E' chiaro che la preparazione specifica dell'Assistente Sociale, la sua formazione al lavoro di casework, rendono questa figura professionale particolarmente adatta ad approfondire modalità specifiche di intervento a sostegno della genitorialità sul modello complesso inaugurato da Fraiberg.

In passato, infatti, lavorando nei Servizi mi sono spesso trovata a lavorare con gli operatori sociali esperti di cui parla la Rustin, sempre formati al case work e spesso con una specifica preparazione psicologica e psicoterapeutica, e quindi ben consapevoli dell'importanza e della difficoltà del lavoro con i genitori. Purtroppo però, mi sono imbattuta più volte anche nella erronea convinzione, espressa e sostenuta in buona fede da colleghi diversi sia come figura professionale che come formazione, che fosse più facile lavorare con i genitori che con i bambini e che, a fronte delle necessità di intervento terapeutico, e non potendo improvvisare gli strumenti psicoterapeutici con i bambini, si potessero però comunque "seguire" i genitori, a prescindere da uno specifico training di formazione che conferisse una sufficiente conoscenza e padronanza del transfert e controtransfert insiti in qualsiasi relazione terapeutica.

Infatti, nel lavoro con genitori di bambini è molto frequente che, per il gioco di identificazioni e proiezioni inerente al rapporto, l'alleanza terapeutica, condizione indispensabile a qualsiasi processo di trasformazione, sia interferita e ostacolata dall'ansia per il bambino in difficoltà, con il quale siamo spinti a identificarci (purtroppo spesso in modo inconscio). Questo ci rende meno disponibili ai bisogni e alle comunicazioni del genitore. Sicché, pur essendo in linea generale convinti che, come sostiene Bowlby, non si possono aiutare i bambini senza aiutare i genitori, la nostra disponibilità e responsività verso





questi ultimi può non essere piena, a meno che non ci sia un considerevole ma necessario lavoro sul transfert e il controtransfert.

Sempre in relazione a prese in carico non sufficientemente elaborate, possiamo incorrere in un'altra fonte di errore, non meno grave e diffusa, che è quella di sottovalutare le difficoltà del bambino, perché, se è vero che inizialmente queste possono riferirsi alle difficoltà del genitore e della relazione, è altrettanto vero che nel tempo esse diventano sempre più proprie al bambino.

Nella tradizione di Fraiberg, infine, si attribuisce una importanza centrale alla relazione tra il terapeuta e i genitori. Fin dall'inizio della consultazione, è necessario, in questa prospettiva, che il terapeuta consideri i genitori come dei veri partner, sia della valutazione che del trattamento: il terapeuta deve autenticamente concettualizzare tale impegno come il fare qualcosa **con** qualcuno e non **a** qualcuno. L'atteggiamento di rispetto nei confronti dei desideri e delle capacità del genitore riflette il carattere che il terapeuta attribuisce alla relazione terapeutica, è fondante per il lavoro successivo e diviene il paradigma della relazione che si vuol promuovere tra il genitore e il bambino, un rapporto più libero dalle proiezioni e più aperto allo sviluppo.

Pertanto la qualità della relazione tra terapeuta e genitore risulta forse più cruciale nel lavoro di sostegno alla genitorialità, che non in qualsiasi altra forma di trattamento, poiché qui essa diviene il principale fattore di cambiamento nella relazione di un genitore con il proprio bambino. Ora, se questo è vero per le terapie congiunte, di cui Fraiberg pose le basi, è altrettanto vero che qualsiasi presa in carico dei genitori di un bambino disturbato ha ugualmente l'obiettivo di conoscere e sostenere le loro capacità parentali favorendo così l'individuazione del bambino e liberandolo dalle distorsioni affettive che ne penalizzano lo sviluppo.

I parametri di rispetto, coinvolgimento, adattamento e stabile e basilare considerazione positiva nei confronti dei genitori, vanno quindi considerati le condizioni fondanti di qualsiasi trattamento in questo ambito: solo in tali condizioni, infatti, può essere analizzato il transfert negativo del genitore sia nei confronti del terapeuta che





nei confronti del bambino, e solo in tali condizioni possono essere tollerate ed affrontate le difficoltà e le perturbazioni emotive nel corso del trattamento. E' proprio tale aspetto della relazione terapeutica che può fornire quella esperienza correttiva di attaccamento attraverso la quale si possono mitigare gli aspetti punitivi e rifiutanti delle figure appartenenti al mondo rappresentazionale che il genitore ha strutturato a partire dalla sua esperienza infantile. Il comportamento del terapeuta, ispirato alla reciprocità, disconferma le aspettative negative e offre l'esperienza di una relazione costruttiva, che può venire gradualmente interiorizzata nel corso del trattamento.

Voglio ancora accennare, sia pure brevemente che, come hanno dimostrato per le terapie congiunte genitore-bambino i dati di Fraiberg, (1980)) e le ricerche di Sameroff e altri, (1982), la diagnosi psichiatrica non rappresenta un buon predittore dei disturbi della funzione genitoriale: genitori con disturbi bipolari, o con disturbi della personalità di tipo narcisistico, antisociale o borderline, per i quali le terapie basate sull'insight non sono indicate, possono giovare invece di un trattamento orientato alle funzioni parentali e diventare genitori più adeguati, mentre altri, con problemi psichiatrici meno gravi, possono restare invischiati nelle loro problematiche personali, nella rabbia e nel rifiuto profondo del proprio figlio. Il basso livello socioeconomico e la marginalità sociale non costituiscono una interferenza eccessiva alle terapie centrate sulla funzione genitoriale. Anche genitori con disturbi della personalità antisociale, spesso manifestano sollievo e rispondono positivamente alla preoccupazione del terapeuta per le conseguenze che le loro attività possono avere per loro stessi e per i loro figli. Si tratterà ovviamente di formulare un programma di interventi integrati specifico caso per caso.





Composizioni Sociali





Esperienze operative

Graziella Pianu

Assistente Sociale coordinatrice GIL adozioni ASL RMA

”Diagnosi predittiva della genitorialità adottiva”

Il nostro modello di lavoro, nel GIL Adozioni, rappresenta una buona risposta di servizio a un compito decisamente complesso. Siamo, infatti, chiamati dal Tribunale per i Minorenni, attraverso un mandato specifico per ciascuna coppia che abbia formalizzato la disponibilità ad adottare un minore in stato di abbandono, a relazionare in modo dettagliato sulle storie individuali e familiari di ogni coniuge e sul vissuto di questa esperienza, sulla loro storia e funzionamento di coppia, e soprattutto sulla capacità genitoriale di ognuno singolarmente e della coppia.

Abitualmente si formula una diagnosi attraverso l'osservazione diretta di una esperienza e dei suoi vissuti. Nel nostro caso, la diagnosi che il T.M. si attende, si struttura in assenza di una esperienza, in una coppia coniugale che può solo immaginare il bambino desiderato, quasi sempre diverso da quello reale che, forse, arriverà. Questa definizione del campo di lavoro chiarisce la complessità della nostra funzione in relazione a quanto ci chiede il T.M.

Nel I° distretto della ASL RMA, le prime riflessioni intorno al tema in questione, risalgono al 1994, quando, raccogliendo l'invito del dirigente dell'area materno-infantile a costituire gruppi di pensiero tra operatori su vari temi di servizio, un gruppo di assistenti sociali e psicologi anche di provenienza municipale si raccolse intorno al tema delle “Nuove genitorialità” concentrando un focus particolare sulla genitorialità adottiva e sul significato della indagine sociale e psicologica richiesta dal T.M. ai servizi territoriali.

Il gruppo ha, in seguito elaborato e sperimentato un modello





operativo che ha molto influenzato quello del protocollo organizzativo e metodologico deliberato, nel 1999, dalla Regione Lazio e che ha visto la nascita dei GIL Adozioni (Gruppi integrati di lavoro) su tutto il territorio regionale.

Il protocollo citato fissa definitivamente i criteri organizzativi dei gruppi integrati (costituiti da operatori delle AASSLL e operatori dei Municipi), le fasi del percorso di lavoro e i suoi contenuti, la metodologia e i momenti del processo operativo nei quali psicologo e assistente sociale lavorano in modo congiunto e cooperante. La finalità di questo nuovo assetto organizzativo e metodologico è l'omogeneità del modello a livello regionale, garanzia di uguali prestazioni per tutti i cittadini e condizione indispensabile per facilitare il lavoro di comparazione delle coppie da parte dei giudici minorili nella delicata attività di abbinamento di un minore ad una coppia disponibile ad accoglierlo.

Le coppie che si avvicinano all'adozione sono sempre più numerose, un fenomeno strettamente correlato all'aumento dei casi di sterilità e/o infertilità, ai fallimenti della Procreazione medicalmente assistita e alla delusione provata da tante coppie nelle dolorose peregrinazioni nei centri deputati a questa funzione. Il bisogno di un bambino spinge verso modalità alternative alla procreazione naturale, mossi dalla urgenza di soddisfare il proprio bisogno, avendo in mente un bambino quasi sempre pensato sano, e abbandonato per problemi di povertà e solitudine che l'amore potrà sanare.

Abbiamo dunque ritenuto indispensabile che l'iter formativo delle coppie fosse preceduto da una breve fase di informazione e di orientamento svolta in gruppi di 10-12 coppie, a cadenza bisettimanale e in una giornata della settimana, il sabato, tale da favorire la partecipazione.

In questi incontri, unitamente alla descrizione della procedura, alla distribuzione della modulistica necessaria per la formalizzazione della disponibilità all'adozione, abbiamo voluto informare sulla realtà dell'abbandono, sui significati che assume una esperienza così traumatica, sulle tracce che lascia in un bambino che l'ha subito, sui bisogni di questo bambino che spesso, a chi vuole offrirgli cure e





amore, risponde con comportamenti di chiusura, rifiuto, aggressività riconducibili alla fiducia persa nei confronti dell'adulto e che, gradualmente, potrà forse riacquistare. La coppia che desidera accoglierlo deve prepararsi a convivere con la frustrazione e la delusione per un amore non corrisposto, operando uno spostamento dal proprio bisogno verso un ascolto e una attenzione ai bisogni del bambino. Un bambino che vorrà essere accettato come è: con tutto il carico di dolore, di mancanze, di un trauma e talvolta di un danno che una vera accoglienza potrà, forse, riparare. Per riuscire in questo intento non basta l'amore, occorrono risorse che non tutti sono in grado di attivare.

La nostra funzione, dunque, senza negare l'aspetto "valutativo" si colloca all'interno di un percorso esplorativo e conoscitivo delle risorse che una coppia può mettere in campo per accogliere un bambino con molti e complessi bisogni. Un percorso che l'operatore guida mettendosi in gioco, con un atteggiamento mentale predisposto all'ascolto, alla comprensione, al fare esperienza nel rapporto con la coppia anche quando il desiderio di adottare appare chiaro che veicola altri bisogni ugualmente degni di ascolto.

Una coppia ben accolta e contenuta acquista la necessaria fiducia per esprimere all'operatore, assistente sociale o psicologo, dubbi e paure uscendo dallo stereotipo del doversi mostrare diversa per compiacere l'interlocutore e, magari, "addomesticarne" il giudizio. Avere cura di non identificarsi con il committente del mandato (Tribunale) libera la nostra funzione dall'aspetto giudicante esaltando quelle di aiuto e promozione della crescita delle persone.

Con questo assetto comune, l'equipe composta da assistente sociale e psicologo, affronta il percorso conoscitivo e di preparazione di ogni coppia, articolato, nel modello standard, in:

- Un colloquio iniziale congiunto di reciproca conoscenza ed esplicitazione del "contratto", mirato alla comprensione della motivazione della coppia ad adottare;





Composizioni Sociali

- una visita domiciliare congiunta finalizzata alla conoscenza del luogo di vita della coppia e della loro storia raccontata insieme;
- un colloquio individuale dell'assistente sociale con ciascuno dei coniugi mirato a raccogliere la storia personale e familiare e il vissuto di questa esperienza;
- un colloquio individuale dello psicologo con ciascuno dei coniugi mirato all'approfondimento del vissuto della propria storia e del lutto della sterilità;
- un colloquio di coppia con lo psicologo mirato alla comprensione e diagnosi del funzionamento della coppia coniugale;
- un colloquio congiunto sui temi del questionario informativo consegnato dal T.M. all'atto della formalizzazione della dichiarazione di disponibilità mirato alla comprensione del livello di consapevolezza della funzione di coppia genitoriale,
- un colloquio congiunto finale di restituzione dei significati del percorso con lettura della relazione che sarà inviata al T.M.

Per svolgere questa attività, ogni operatore si è formato a lungo, spesso in modo congiunto in percorsi approntati a livello istituzionale, compresa la supervisione svolta per tre anni.

La formazione e, soprattutto, la lunga esperienza maturata sul campo e costantemente confrontata, ha consentito la messa a punto di strumenti diagnostici, sottoposti a verifica nella fase del post-adozione, quando l'ingresso del bambino consente l'osservazione diretta della competenza e capacità genitoriale.

Allego, a titolo esemplificativo, un elenco di informatori o segnalatori predittivi di difficoltà nell'esercizio della funzione genitoriale adottiva.





Informatori o segnalatori di difficoltà nell'esercizio della funzione genitoriale adottiva.

Negazione dell'adozione come evento sociale

Adozione vissuta come diritto dell'adulto

Incapacità a differenziare la genitorialità adottiva da quella naturale

Negazione dell'abbandono come evento traumatico

Fantasie sul genitore che abbandona

Idealizzazione della relazione con il bambino

Difficoltà a tollerare frustrazione e delusione

Difficoltà a socializzare le origini del bambino nel contesto sociale allargato

Negazione della reciprocità

Difficoltà a lavorare sugli stimoli dati

Rigidità, scarsa flessibilità o duttilità

Incapacità ad esprimere emozione

Difficoltà a controllare l'emozione

Difficoltà a elaborare le proprie esperienze

Vissuto persecutorio della coppia di operatori

Caratteristiche del rapporto di coppia

Isolamento sociale della coppia







Dott. Alfredo Varone
Assistente Sociale Dsm Asl Rma

MUTAMENTI FAMILIARI, MUTAMENTI PROFESSIONALI

“Ma riflettere che cosa? sposatevi e basta!”

“No, il matrimonio è una cosa seria. Bisogna per prima cosa valutarne gli obblighi, le responsabilità... Basta che in seguito non succeda niente...”

Anton Čechov, *Racconti*, Orsa Maggiore,
Torino, 1995, p. 265

Sono molti gli interventi, in queste giornate di formazione, che mettono in luce le trasformazioni nella struttura familiare avvenute negli ultimi decenni. Gli “scenari parentali” che si presentano, tanto al ricercatore quanto all’operatore dei servizi sociali e socio-sanitari, diventano sempre più vari e complessi. Accanto al modello familiare “tradizionale” si prospettano, infatti, unioni e forme di convivenza che, nella loro molteplicità, chiedono *diritto di cittadinanza* e/o riconoscimento giuridico (famiglie di fatto, ricomposte, interetniche, con un solo genitore, ecc.). E’ indispensabile introdurre nuovi paradigmi per osservare, analizzare (e aggiungerei lavorare con) i nuovi soggetti sociali e gli effetti che i mutamenti comportano nelle relazioni familiari ed in particolare nel rapporto genitore/figlio. Si pensi al concetto di “doppia genitorialità”, connesso alla diversa funzione ed al riconoscimento del *genitore sociale* accanto al genitore biologico, o alle nuove conflittualità familiari, che coinvolgono più soggetti e non solo gli ex coniugi.

Di fronte a queste trasformazioni socio-familiari, si avverte nel Servizio Sociale Professionale la necessità di varcare i confini dei tradizionali modelli operativi e del sapere (dall’analisi della domanda





alla presa in carico, dalla strutturazione dell'intervento ai sistemi di valutazione), per scoprire territori nuovi, ancora poco conosciuti o sperimentati, ed approdare ad una lettura su basi "scientifiche" dei bisogni dei soggetti sociali emergenti, utilizzando strumenti "vecchi" e presupposti teorici e metodologici "nuovi".

Proprio questo incontro/confronto tra presente e passato professionale merita, a mio avviso, un approfondimento. Alla luce delle recenti innovazioni legislative, infatti, il Servizio Sociale, oggi più che in passato, è portato ad agire in un'ottica di rete integrata "servizi-comunità-individuo". Si pensi alle novità introdotte dalla L. 285/97 e, pur tra alcune contraddizioni, dalla L. 328/2000 che nei presupposti ufficializza il definitivo superamento della frammentarietà/sectorialità degli interventi, in nome del tanto atteso *sistema integrato*.

A quali cambiamenti andiamo incontro?

Non vi è dubbio che già nei percorsi formativo-accademici della nostra professione, il *lavoro sul caso*, che presuppone una capacità di ascolto, di confronto e lo sviluppo di una relazione con le persone, sia attualmente meno approfondito, "a vantaggio" di una maggiore valorizzazione dei sistemi di *empowerment*. Più in generale nell'esperienza quotidiana, rispetto al passato, ho l'impressione che oggi "**vediamo**" sicuramente più persone, ma ne "**seguiamo**" (nel senso "classico") di meno. Certo, nell'uno e nell'altro caso il *focus* è sempre l'individuo, o se preferiamo, la *centralità* della persona. Nel complesso oggi mi sembra che la relazione (strutturata) con l'utenza sia meno "trattata" e contemporaneamente si apra a molteplici strategie di intervento.

La presentazione del caso di "Fabio" che segue questa breve premessa, è un invito alla riflessione sui processi di cambiamento di approccio, soprattutto in senso operativo, all'interno di quell'area così vasta e articolata del *Trattamento di Servizio Sociale*





La famiglia: ascolto e connessioni



LA FAMIGLIA (O LE FAMIGLIE?) DI FABIO

“Tutti e due sono anche padri [...]”

“Ma sono padri di chi?”

“Miei!”

Wim Wenders, *Paris, Texas*, 1984

I genitori di **Fabio** (sigg. **Dario** e **Chiara**, separati da sei anni) vengono al servizio (TSMREE del DMI) per un primo colloquio di accoglimento. Chiedono un intervento “urgente” sul ragazzo.

E’ stata la sig.a Chiara a prendere l’iniziativa, presentandosi spontaneamente in segreteria la settimana scorsa, su consiglio di una amica che lavora nel settore amministrativo di una ASL romana. Dopo una breve consultazione (non avvertivo la percezione dell’urgenza) le avevo fissato un appuntamento invitandola a tornare insieme all’ex marito col quale i rapporti sono “sufficientemente cordiali...”.

Fabio ha 16 anni, frequenta il 2° anno di un liceo linguistico con risultati piuttosto scarsi. Fuori di casa è sempre stato “un po’ timido”, in famiglia “fin troppo aggressivo”. Da alcune settimane il suo atteggiamento sembra quasi invertirsi: insolitamente taciturno ed isolato in famiglia, si assenta ripetutamente da scuola (non lo aveva mai fatto in passato), forse ha iniziato a frequentare amicizie “poco raccomandabili” (uso di droghe leggere?), una sera è stato sorpreso dai carabinieri mentre con un gruppo di coetanei cercava di staccare i tergicristalli delle auto in sosta.

Ha una sorella di 24 anni, **Anna**, iscritta al 3° anno di Lingue, che sta per trasferirsi in Inghilterra per approfondire studi ed interessi universitari attraverso il Progetto Erasmus.

Al momento della separazione (consensuale) dei genitori, Fabio è stato affidato alla madre (il padre lo vede per due pomeriggi a settimana e nei *week-end* alternati lo porta nella sua abitazione dove vive con una nuova compagna); Anna, da poco maggiorenne, aveva espresso il desiderio di stare con la madre, continuando comunque a frequentare il padre con il quale sente un forte legame.

I genitori si separarono in seguito ad una relazione extraconiun-





gale del sig. Dario, che durava da alcuni anni. Fu la sig.a Chiara, a seguito di una lunga, faticosa sopportazione, a prendere la decisione. Gradualmente, dopo un periodo “molto duro” di circa tre anni, caratterizzato da frequenti e violenti litigi, gli ex coniugi sono riusciti a raggiungere un livello di comunicazione più equilibrato. Dal momento in cui Chiara, una bella donna, corteggiata da un collega di lavoro si abbandonò ad una nuova esperienza sentimentale (“All’inizio non mi fidavo, poi ho ceduto e mi sono innamorata di **Michele**..”) i rapporti tra gli ex coniugi sono migliorati. Ora, alla luce degli “strani comportamenti” di Fabio, sono tornati nei genitori rancori, confusione, irritabilità che disturbano fortemente la loro comunicazione.

Anche Michele è separato. Ha un figlio, **Giovanni**, 27 anni, nato dal matrimonio con una donna tedesca, che dopo la separazione è tornata a Monaco di Baviera. Giovanni, che rappresenta una figura di riferimento importante per Fabio, dovrebbe trasferirsi tra breve a Monaco per motivi di lavoro (la madre sta cercando di inserirlo in una azienda nel settore informatico).

Fabio vive con la madre e la sorella, Michele spesso dorme nella loro casa (per il momento non c’è un progetto di convivenza perché né Chiara, né Michele si sentono pronti per formare un nuovo nucleo). A volte sono loro tre ad andare a casa di Michele (Fabio sembra contento perché può incontrare Giovanni che lo ospita nella sua camera).

Dario, invece, vive stabilmente con la nuova compagna e sta pensando di risposarsi.

Quando Fabio torna dai *week-end* trascorsi in casa del padre “è più nervoso” dice la madre; il padre, al contrario, ritiene che nei momenti condivisi col figlio, questi “sta molto bene, è sereno e riesce persino a studiare”.

Durante il primo colloquio percepisco una forte conflittualità che sta riemergendo tra gli ex coniugi. Più tardi, mentre vado al bar per il consueto caffè di metà mattina, ripenso alle persone e alle situazioni che ‘ruotano’ intorno a Fabio: mi sembrano un po’ tante.

Nella riunione d’équipe viene stabilito di non prendere in carico per il mo-





La famiglia: ascolto e connessioni



mento Fabio, per questi motivi: anzitutto non si percepisce l'urgenza di un intervento immediato, né una richiesta esplicita di aiuto da parte di Fabio (la psicologa della scuola, da me contattata per telefono, che lo ha ascoltato più volte in consultazione, sostiene che in questo periodo "sarebbe improponibile al ragazzo un aiuto per sé", mentre vede di buon grado l'accesso dei genitori al DMI); Fabio, infine, non sa che i genitori si sono rivolti al servizio.

Si ritiene importante, comunque, iniziare un lavoro con i genitori che, sia pur con modalità diverse, esprimono ansia, preoccupazione e soprattutto difficoltà di comunicazione tra di loro e nel rapporto col figlio.

Pertanto, saranno seguiti da me con l'intento di approfondire le problematiche esplicitate (o non ancora emerse) durante il colloquio di accoglimento e sostenerli nel difficile rapporto con il ragazzo (li vedrò con cadenza settimanale per circa nove mesi, poi, una volta al mese per un altro anno).

Sin dai primi incontri emergono le loro difficoltà dopo la nascita di Anna, la primogenita: Dario non si sentiva "pronto", subito dopo il matrimonio, all'esperienza della paternità. Chiara invece avvertiva un forte desiderio di diventare "una madre giovane". I due si erano sposati quando Dario aveva 26 anni e Chiara 24, dopo un fidanzamento iniziato in adolescenza: frequentavano lo stesso istituto, entrambi nutrivano una forte passione per le lingue (colpisce come in tutti i componenti della famiglia vi sia una sorta di 'propensione' verso le lingue straniere).

Dario, dopo essersi iscritto alla facoltà di Lingue, iniziò a lavorare come guida turistica. In seguito abbandonò gli studi per fare il portiere in un albergo nel Centro Storico di Roma.

*All'inizio il mio intervento è focalizzato sul tentativo di 'aprire un varco' nella loro ostinata conflittualità, sulla ricostruzione del rapporto prima e durante il matrimonio, ma anche sul **rafforzamento delle risorse genitoriali** che fin dai primi colloqui sembrano emergere, al di là degli aspetti più problematici (sono molto affettivi nei confronti di Fabio; se supportati mantengono una efficace comunicazione tra di loro; il fatto stesso di essersi presentati ad un servizio e di concordare un inizio di trattamento esprime la loro disponibilità ad affrontare un possibile cambiamento). Uno dei primi temi affrontati insieme riguarda l'atteggiamento verso Fabio, decisamente contraddittorio (molto 'liberale' il padre,*





‘severa ed autoritaria’ la madre), che finisce per alimentare la loro conflittualità e creare confusione nel ragazzo.

Sempre nella fase iniziale chiedo cosa pensano a proposito del comportamento del figlio e se in passato qualche problema in Fabio facesse supporre ad un disagio. Le risposte sembrano volte più a giustificarsi per eventuali ‘errori’ come genitori, che non ad approfondire i contenuti emotivi del rapporto con i figli.

La madre: “Ho cercato di crescerlo indicandogli delle regole e trasmettendogli una educazione forte, così come l’ho ricevuta dai miei... Quando mi sono separata, Fabio ha sofferto molto, di notte dormiva nel lettone con me... Spesso lo lasciavo ai miei genitori perché lavoravo... Anna non si è mai interessata del fratello, solo ora comincia a comprenderlo... Se tornassi indietro sarei meno rigida con mio figlio...”

Il padre: “Non volevo fargli pesare la separazione, per questo lo portavo dove voleva lui, decideva sempre lui: cinema, parco giochi, montagna, mare... Forse lo assecondavo troppo perché mi sentivo in colpa... La mia compagna gli vuole bene, ma Fabio non l’ha mai accettata. Quando lui viene a casa, certe volte sono costretto a dirle di andare a dormire da una amica. Lei comprende la situazione e nemmeno si fa trovare, però ci rimane sempre male...”

Chiedo ancora cosa pensano della situazione attuale, perché secondo loro Fabio negli ultimi tempi mette in atto “provocazioni” ed appare “insolitamente ed inspiegabilmente strano”.

Le risposte convergono sul fatto che in adolescenza i comportamenti dei ragazzi “mutano improvvisamente”; risposte oggettive, ma piuttosto generiche, come se non riuscissero a ‘leggere’ il significato dei comportamenti del ragazzo (che comunque non sembrano di facile comprensione per chiunque).

Faccio notare che nel breve periodo sono previste due separazioni importanti per Fabio: dalla sorella, proprio nel momento in cui ‘iniziava a capirlo’, e da Giovanni, che rappresenta per lui un riferimento significativo.

Gli incontri si caratterizzano sempre più come uno spazio, oltre che di ascolto, di riflessione sulle dinamiche sviluppatesi all’interno





dei rispettivi nuclei familiari. Insieme ricostruiamo alcuni episodi che hanno coinvolto i nuovi partner di Chiara e Dario e potrebbero aver influito sul comportamento del figlio.

Gradualmente, dopo l'iniziale ansia e preoccupazione, noto in tutti e due un desiderio di 'capire di più' Fabio e soprattutto il bisogno di comprendere anche i propri modi di agire, la necessità di trovare una maggiore coerenza nell'atteggiamento verso il figlio (e verso Anna, che inizialmente non veniva 'presentata' nei colloqui).

Riescono anche ad affrontare, **senza colpevolizzarsi a vicenda**, il disagio di Fabio causato, oltre che dalla separazione, probabilmente dal sentirsi 'collocato a metà' tra due nuclei familiari. Dai 12 anni in poi, infatti, il ragazzo si è trovato a sperimentare contesti spesso 'discordanti': con la madre e la sorella (con o senza Michele); ogni due *week-end* dal padre (con o senza la nuova compagna e con o senza la sorella); con la madre a casa di Michele (con o senza la sorella), dove sembra trovare in Giovanni 'un punto fermo'.

Riconoscono di aver dato a Fabio una immagine di instabilità e confusione, accentuata da questi frequenti 'passaggi' da una casa all'altra.

Il mio intervento in questa seconda fase è volto a cercare di ridimensionare i loro sensi di colpa nei confronti dei figli, sollecitandoli al tempo stesso a mantenere una presenza affettiva, un ruolo genitoriale e 'scinderlo', per quanto possibile, dalle dinamiche con i rispettivi partner che in passato sono state fonte di ansia per loro e di disagio per i figli. Ho l'impressione che percepiscano sempre più il servizio come 'spazio di ascolto' e sempre meno come 'spazio giudicante' nei loro confronti.

Durante un colloquio esprimono in maniera molto chiara che riescono a parlare "di più e meglio" col figlio.

Questa maggiore consapevolezza ed una ritrovata serenità, dopo le 'reciproche accuse', si riflettono positivamente sul comportamento di Fabio (più attento a scuola, meno dispersivo ed aggressivo in casa, più disponibile verso adulti e coetanei). Il ragazzo inoltre ha affrontato la separazione da Anna e Giovanni "senza drammi". A scuola gli





insegnanti e la psicologa confermano una maggiore disposizione per la didattica, le relazioni sociali ed affettive. Permangono comunque aspetti comportamentali e di personalità piuttosto problematici che dovranno essere affrontati.

Dopo circa tre mesi i tempi sembrano ‘maturi’ per un intervento diretto su Fabio. I genitori faranno da tramite e gli comunicheranno l'opportunità di iniziare dei colloqui con uno psicoterapeuta. Noto in loro un maggior senso critico, il consolidamento di una comunicazione che all'inizio del trattamento sembrava interrotta, una più spontanea e gratificante capacità di ascolto verso le richieste dei figli.

Fabio inizierà una psicoterapia individuale che si protrarrà per poco più di tre anni. Gradualmente gli incontri tra me e i suoi genitori saranno meno frequenti, fino alla conclusione del trattamento.

Immaginiamo la famiglia di Fabio... oggi (spunti di riflessione sul passaggio dal *casework* al *case management*)

Ho voluto presentare questo caso, trattato nel 1993-94, in quanto rappresentativo di un certo tipo di intervento focalizzato sulle relazioni all'interno della famiglia tipico, se vogliamo, di un modello di intervento “clinico-sociale” che si accosta, nello specifico, al *casework familiare*.

Ho provato, con un po' di fantasia, ad immaginare se la famiglia di Fabio fosse stata presa in carico “oggi”: il Servizio avrebbe risposto con le stesse modalità? io avrei avuto modo di intervenire con lo stesso impegno sul caso?

Questi ed altri interrogativi, mi sembra, possano orientare la riflessione su alcune questioni che rimandano alle trasformazioni degli ultimi anni nei vari contesti (familiare, sociale, legislativo, culturale) che si riflettono sugli orientamenti del nostro lavoro, richiedendo lo sviluppo di nuove competenze professionali e modelli d'intervento più flessibili ed in sintonia con i tempi.

Il quadro generale in cui il caso era stato preso in carico era ben diverso da **oggi**:





- dal punto di vista quantitativo le risorse umane nei servizi erano maggiori (più personale, in tutte le categorie professionali);
- nella maggior parte dei casi il rapporto con l'utenza era più continuo e strutturato;
- non esistevano ancora la **L. 285/97**, né la **L. 328/2000**;
- in ambito prettamente sanitario iniziava quel processo di regionalizzazione ed aziendalizzazione, in virtù del **D. Lgs. 502/92**, che avrebbe riordinato l'assetto dei servizi interni e modificato le relazioni interistituzionali delle AA.SS.LL.;
- il Privato Sociale, pur presente nella **rete**, aveva meno "forza contrattuale" di fronte ai servizi;
- le politiche sociali erano meno "pubblicizzate", o meglio, in generale le famiglie apparivano meno consapevoli dell'utilizzo di opportunità in proprio favore;
- il "punto fermo" nelle attività quotidiane era **il servizio** (la struttura dove si lavora), mentre oggi l'interfaccia tra **i servizi** rappresenta una costante del nostro lavoro.

Alla luce di queste osservazioni, è molto probabile che oggi, di fronte a una richiesta analoga a quella che ho descritto, il lavoro con la famiglia di Fabio avrebbe preso "altre direzioni" (provo a fare alcune ipotesi immaginarie che ovviamente non possono trovare riscontro ma, mi auguro, contribuiscano a fornire spunti di riflessione). Uno dei possibili interventi si sarebbe potuto articolare nel modo seguente:

- i genitori di Fabio, dopo un breve ciclo di consultazioni (probabilmente con uno psicologo e non con un assistente sociale) sarebbero stati inviati ad un Centro (o ad uno specialista) di Mediazione Familiare;
- anziché attendere i tempi di maturazione dei genitori per "trasmettere" a Fabio la necessità di un trattamento individuale, il ragazzo sarebbe stato inserito in un progetto finanziato con la L. 285 (ad es., un Centro Diurno per adolescenti a rischio) o, in seguito alla L. 328, in uno "spazio per adolescenti" programmato all'interno del Piano di Zona;
- in termini quantitativi il lavoro con la famiglia di Fabio si sarebbe definito in 2-3 incontri iniziali ed alcuni colloqui perio-





dici (non certo con frequenza settimanale), mentre si sarebbe intensificato il lavoro di rete (con il Servizio Sociale del Municipio, l'organismo del Privato Sociale gestore del progetto nel quale il ragazzo sarebbe stato inserito, la Scuola).

Sarebbe riduttivo sostenere, al di là di ogni opinione personale su un confronto, per giunta del tutto immaginario, tra due periodi storici così diversi, che “il **vecchio** modo di lavorare era meglio del **nuovo**” (o viceversa).

Si potrebbe, anzi, sintetizzare quanto espresso in queste pagine con una considerazione: se fino alla metà degli anni '90 il lavoro dell'assistente sociale, soprattutto in alcuni settori, era orientato prevalentemente a “**tenere insieme**” l'intreccio tra aspetti intrapsichici, relazionali, contestuali, allo scopo di mobilitare le risorse delle persone coinvolte in un processo di cambiamento (*casework*), successivamente si è sempre più caratterizzato come un “**mettere insieme**” (ed attivare) le risorse di tutti gli attori coinvolti nei percorsi e nei progetti di cura, in quella dimensione di “gestione manageriale del caso” (*case management*).

Due approcci, del resto, che pur nelle diverse forme di applicabilità non necessariamente sono “in competizione” l'uno con l'altro. Nell'impostazione strutturale e metodologica di entrambe i modelli, infatti, chi presta aiuto ha come obiettivi principali il sostegno e il rafforzamento di un percorso di chi riceve aiuto, lo stimolo all'acquisizione di un maggiore livello di autonomia e dell'autostima, all'utilizzo di risorse istituzionali ed informali.

Semmai il problema è di riuscire a modulare di volta in volta l'intervento, evitando in ogni caso rigide applicazioni e risposte precodificate e cercare di adattarlo alle circostanze ed alle esigenze di chi abbiamo di fronte, attraverso un processo di negoziazione. Per questo ben vengano modelli e sistemi innovativi, tenendo conto però di un patrimonio tecnico e culturale che noi stessi abbiamo con cura e con passione saputo e voluto creare.





Appendice

Dott.ssa Stefania Ricci

Assistente Sociale Disabili Adulti ASL RMA

SPORTELLLO H: UN SERVIZIO PER TUTTI

Nel mese di aprile del 2004 è stato avviato nella sede del Municipio III un nuovo servizio chiamato:

Sportello H.

Un servizio dedicato alle problematiche della disabilità e dell'handicap realizzato con la finalità di accogliere le persone, di informare ed orientare, rivolto a tutti i cittadini residenti sul territorio municipale, cittadini disabili e non.

Dopo gli anni di attività è indispensabile effettuare una valutazione ed evidenziare alcune riflessioni:

- a) Già l'origine del servizio ha presentato un carattere innovativo. Il progetto è nato all'interno degli incontri del Laboratorio di Coprogettazione area disabilità (Piano di Zona 2002/2004) una scelta elaborata e condivisa da tutti gli organismi presenti (pubblico e privato sociale). Tutti i presenti, in qualità di osservatori privilegiati, hanno scelto di dare priorità al diritto all'informazione e pianificare la realizzazione di un servizio in grado di costruire una comunicazione esatta e completa per facilitare ed orientare l'accesso ai servizi e alle risorse presenti nel territorio pubbliche e private. E' rilevante evidenziare tale modalità operativa che si fonda sulla progettazione di un servizio pensato come risposta facilitante alle ampie problematiche della disabilità. La realizzazione del servizio è stato il prodotto del coordinamento integrato delle istituzioni, sostenuto dal rinforzo degli organismi del Terzo Settore (a realizzazione di quanto previsto dalle Legge Quadro 328/00)
- b) lo Sportello rappresenta uno spazio fisico dove viene riconosciuta e ricostituita la condizione di integrità e complessità della



persona disabile. E' possibile rispondere alle richieste avanzate con una offerta di servizi e interventi integrati che presentano una caratteristica a "360 gradi" che più efficacemente possono rispondere alla dimensione di salute globale della persona. (benessere fisico, psichico, sociale)

- c) Tale integrazione è stata costruita nel tempo con un lavoro di preparazione e di riflessione comune tra gli organismi coinvolti, principalmente Municipio/Distretto Asl che hanno interagito mantenendo la propria identità. L'incontro tra istituzioni diverse è un percorso lungo ed in alcuni momenti difficile perché la tendenza all'autoreferenzialità è ancora molto presente, sono stati necessari processi di mediazione che hanno aiutato a sostenere un cambiamento delle posizioni e creato modalità di lavoro, attitudini e consuetudini diverse. Il criterio è stato l'integrazione delle competenze e delle risorse proprie di ciascun ente in funzione del perseguimento della finalità indicata dal Laboratorio di coprogettazione. L'esperienza dello Sportello si è realizzata attraverso tappe di formazione condivisa (nel caso autoformazione) e nella realizzazione di strumenti progettati e costruiti ad hoc per le esigenze del nuovo servizio. Ad esempio la realizzazione del "Manuale per gli operatori dello Sportello" ha comportato un anno di lavoro e la sua stampa ha concretamente realizzato un atto di integrazione di operatori e di competenze, interessante la scelta di aver realizzato uno strumento di tipo cartaceo quale un manuale in un tempo di grande utilizzo del digitale.
- d) Fondamentale nelle attività dello Sportello è un attento lavoro di tessitura della trama della Rete Sociale territoriale e cittadina. Un particolare approfondimento riservato alle realtà del municipio appartenenti alla dimensione della disabilità, sono stati tracciati percorsi comuni con l'attivazione di una comunicazione circolare di reciproca conoscenza e collaborazione con le risorse formali (scuola, parrocchia, COL, altri Sportelli H, Trambus, servizi Asl, ecc) e informali (famiglie, associazioni, cooperative)





Appendice



- e) Lo Sportello è aperto: esce dalla sua dimensione di “servizio” e spalanca la porta alla comunità. Nel tempo sono stati sviluppati percorsi creativi con attività di Promozione Sociale. Lo sportello è sede di laboratori/progetti innovativi : progetto Giornata della Memoria, progetto abili scritture, progetto Rassegna stampa specialistica, sede del Polo Informativo Vita Indipendente
- f) L'organizzazione e la gestione delle informazioni è straordinariamente agevolata dalle tecnologie informatiche che sistematizzano i dati in entrata e in uscita attraverso programmi idonei alla ricerca, selezione e catalogazione ma tale risorsa deve essere sempre funzionale all'aspetto relazionale e non invaderlo. I dati elaborati e le informazioni selezionate vengono indirizzate e personalizzate all'uso particolare di quella specifica persona infatti ad ogni singola richiesta le informazioni verranno riaggregate “su misura” cioè in base alle particolari caratteristiche ed esigenze della persona.
- g) Sviluppi futuri. Lo Sportello H può rappresentare la prima sperimentazione del Punto Unico di accesso sociale e sanitario o meglio Punto Unico di Segretariato Sociale Integrato, in cui tutti i cittadini possono essere accolti, ascoltati e trovare una prima risposta e un orientamento finalizzato a facilitare e promuovere l'accesso integrato alle offerte di servizi e risorse presenti nel territorio.





Conclusioni

Dott.ssa Paola Rossi

Questo lavoro ben rappresenta e affronta l'esigenza degli assistenti sociali di comporre in un disegno complessivo, sia pur articolato nella varietà dei servizi in cui operano, la loro esperienza, la loro crescita professionale e gli spazi conquistati con lo sforzo individuale e collettivo di attrezzarsi per meglio rispondere alle esigenze di servizi che affrontano quotidianamente una domanda sociale sempre più pervasa dalla soggettività ma anche dalla consapevolezza di diritti.

La presenza dell'Ordine professionale ha evidentemente messo in moto energie e dato slancio alla professione, costituendo intorno al codice deontologico, alla rappresentanza istituzionale, che nel Lazio appare particolarmente e significativamente interpretata, un riferimento che esalta le conquiste di consapevolezza dei singoli e dei gruppi.

Negli anni l'interesse degli assistenti sociali è stato assorbito prevalentemente dai servizi in cui operavano e dalla risposta degli stessi ai bisogni. Ora i colleghi si interrogano su se stessi e indagano, si interrogano sulla funzione che svolgono: questo è un elemento indispensabile per la crescita professionale. Per assumere una funzione, un ruolo, occupare uno spazio autonomo, non di risulta e non per delega, con consapevolezza e autorevolezza.

La condivisione dell'esperienza consente di evidenziare l'ottica comune, ma anche gli obiettivi che si perseguono nel rispettivo campo operativo, la metodologia unificante.

I colleghi che hanno lavorato per costruire questa importante esperienza comune hanno anche dato un contributo alla costruzione della comunità professionale.

Di tutto questo dobbiamo essere loro grati





Direttrice Responsabile:

Maria Laura Capitta

Comitato di Redazione:

Maria Laura Capitta, Paola De Rìù, Elisabetta Lo Giudice
Tiziana Mancini, Maria Teresa Salvi, Cristina Tilli

Edito da:

Ordine degli Assistenti Sociali, Consiglio Regionale del Lazio

Redazione e Amministrazione:

Via Ippolito Nievo, 61 - 00153 Roma - Tel. 06 588 22 13 - Fax 06 58 33 43 57
email: oas.lazio@tiscali.it - Sito web: www.oaslazio.it

Iscrizione al Tribunale di Roma n. 127/1998

Stampa:

LITOS srl - Via Rubattino, 1 - Roma
Finito di stampare nel mese di Luglio 2009

