



**ORDINE
ASSISTENTI
SOCIALI**
Consiglio Regionale del Lazio

Legge 23 marzo 1993, n. 84
Ente Pubblico non Economico
(D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68, art. 3)

INDICATORI DI RISCHIO



PREMESSA

Il gruppo si è riunito presso la sede dell'Ordine da febbraio a maggio 2013 e durante i cinque incontri ha condiviso possibili obiettivi da raggiungere, riflessioni etico-valoriali, esperienze professionali, documentazione e bibliografia.

Il primo incontro è stato dedicato alla presentazione dei partecipanti, alla disamina della bibliografia fornita dai relatori dei seminari realizzati recentemente dal CROAS. A questi riferimenti bibliografici se ne sono aggiunti altri suggeriti dai partecipanti. Gli stessi hanno rappresentato la propria disponibilità a reperire i testi e a prendere in esame uno o più libri tra quelli maggiormente attinenti al tema degli indicatori o fattori di rischio per la tutela dei minori.

Durante il secondo incontro è stato verificato lo stato dell'arte dei testi reperiti, dei testi esaminati, della documentazione relativa ad esperienze operative realizzate e messa a disposizione dalle colleghe. In relazione alla tematica oggetto dell'autoformazione, ci si è resi conto della ristrettezza dei tempi a disposizione, dell'eterogeneità dei contesti operativi di appartenenza, dei diversi interessi professionali e dell'opportunità di condividere alcune esperienze già realizzate che, anche se non forniscono in modo diretto una "lista" di indicatori di rischio, rappresentano una base da cui partire per poter, durante successive esperienze, costruire un protocollo operativo. Sono stati costituiti dei sottogruppi ed ogni partecipante ha deciso di dare un contributo di riflessione ai diversi profili della tematica generale:

1. Aspetti etico/valoriali – Gianna Zagaria, Tiziana Paonessa;
2. Un'esperienza di monitoraggio del progetto d'intervento del minore in casa famiglia – Maria Koch, Annalisa Gonizzi;
3. Fattori di rischio correlati all'organizzazione del servizio – Nadia De Luca; Tiziana Bartoli;
4. Quando l'assistente sociale è solo nell'esperienza di valutazione – Nadia Santolamazza, Stefania Minoretti, Laura Censi, Francesca Del Priore;
5. Il lavoro in equipe nella valutazione - Federica Massaroni. Un'esperienza – Ivana Oca;
6. Riflessioni sul rischio di devianza in adolescenza – Marisa Calore



7. Una riflessione sul procedimento metodologico di diagnosi sociale in indagine socio-familiare
– Angela Paparella;

Il terzo incontro è stato dedicato alla condivisione dei contributi che i partecipanti hanno iniziato ad elaborare. Si condivide un'ipotetica scaletta per redigere il report finale.

Il quarto incontro è stato dedicato alla condivisione dei documenti revisionati in relazione ai suggerimenti dati dal gruppo e alle modalità di restituzione dell'esperienza.



PARTE PRIMA

“ASPETTI ETICO / VALORIALI”

Tiziana Paonessa

Gianna Zagaria



I RISCHI CHE SI CORRONO QUANDO SI VALUTA IL RISCHIO

La valutazione del rischio o *risk assesment* è una delle molteplici funzioni che l'assistente sociale è chiamato a svolgere nell'ambito delle istituzioni in cui opera e normalmente <<è relativo alla probabilità che si verifichi un certo evento o una certa situazione "pericolosa" o dagli esiti "incerti", relativamente al benessere psico-fisico-sociale di una persona, un gruppo, o dei professionisti coinvolti>> (Dotti, 2009:4)

Si tratta di un processo molto complesso che può essere gestito dal servizio in modo più o meno strutturato, *motu proprio* o su mandato di un'altra istituzione - di solito l'Autorità Giudiziaria - che può essere svolto da un'equipe multiprofessionale o, almeno in una prima fase, da un singolo operatore, cui spetterà l'onere di decidere in merito all'entità del rischio che, secondo una formula proposta dall'autrice sopra citata in riferimento al contesto sanitario, è misurabile in P (probabilità) \times G (gravità).

All'operatore o, nel migliore dei casi, all'èquipe, è affidato quindi il delicato – se non impossibile – ruolo di leggere non solo il presente, ma anche il futuro, dovendo prevedere la possibile escalation di fattori che sembrano rappresentare un rischio per uno o più soggetti da tutelare. Questa circostanza è ulteriormente complicata dal fatto che l'assistente sociale, così come gli altri operatori dei servizi specialistici, di solito sono chiamati a svolgere contemporaneamente il risk assesment e il risk management, ovvero la gestione degli interventi mirati a prevenire o interrompere catene di eventi dannosi ipotizzabili in base alle conoscenze acquisite sulla situazione. (Dotti, 2009)

Ne risultano quadri estremamente complessi, caratterizzati da tempi contratti e interlocutori per lo più poco collaborativi, in cui l'incertezza è protagonista dell'intero processo tanto nella fase diagnostica che in quella prognostica. E tuttavia, l'assistente sociale, spesso prima che l'Autorità Giudiziaria lo disponga formalmente, deve tutelare i soggetti deboli – i minori nel caso di questo studio - attraverso provvedimenti che inevitabilmente provocano danni di ritorno (si pensi ai vissuti scatenati dall'allontanamento di un bambino dal proprio nucleo familiare) tollerabili in caso di reale rischio ma decisamente inaccettabili se dovuti a interventi viziati da agiti professionali scorretti sul piano metodologico o deontologico.



D'altro canto si deve riconoscere che non è sempre facile fare una corretta diagnosi di rischio , infatti, accanto a forme di agiti violenti riconoscibili con maggiore chiarezza come l'abuso sessuale o il maltrattamento fisico, esistono comportamenti difficilmente riconoscibili come maltrattanti anche dalle vittime e dagli autori stessi costituiti <<*non tanto da evidenti episodi isolati, ma da microinterazioni o sequenza di interazioni dannose per lo sviluppo psicologico che producono degli effetti sul lungo tempo*>> (Masè, 2000:12). Si tratta, spiega l'autrice, di relazioni che si costruiscono in nuclei familiari in cui sussistono psicopatologie conclamate o latenti, che possono svilupparsi però anche in circostanze piuttosto comuni come insoddisfazione del rapporto con il partner, vissuti di separazione o abbandono, tipici di alcune fasi della vita. Il riconoscimento di queste situazioni, difficilmente riconducibili a modelli e schemi precostituiti e che quasi sempre restano sommerse sotto una patina di normalità, richiede competenze professionali che vanno ben oltre il semplice nozionismo.

Quello che potrebbe apparire in prima lettura come un rifiuto *tout court* delle tecniche e degli strumenti diagnostici legati al risk assesment, in realtà, vuole essere un richiamo alla consapevolezza dei rischi che si corrono nel loro uso o – tanto più- abuso.

Ed un richiamo ai principi e ai valori fondativi della nostra professione, che possono costituire per l'assistente sociale la bussola nello svolgimento di una funzione così complessa qual' è la valutazione del rischio.

Infatti gli aspetti etico-valoriali costituiscono elementi sostanziali della professione, tanto che secondo Pinker <<*il SS è essenzialmente un'attività morale*>> (Pinker 1990,p.1) e l'Associazione Nazionale Britannica delle scuole di servizio sociale afferma che <<*la competenza professionale degli assistenti sociali richiede la comprensione e l'integrazione dei valori del servizio sociale*>>(CCETSW, 1989, p.15).

Nella letteratura del Servizio Sociale frequentemente, dice Sara Banks, i valori vengono distinti dalle conoscenze e le tematiche etico-morali dagli aspetti tecnici e giuridici. In realtà “*la maggior parte delle decisioni nel Servizio Sociale coinvolge una complessa interazione di aspetti etici, politici, tecnici e legali, che sono fortemente interconnessi*” (Banks, 1995).



Effettuare un assessment non è mai un atto neutro in senso valoriale, neanche se l'operatore si avvale di strumenti standardizzati per procedere nell'individuazione e "misurazione" dei fattori di rischio.

Per essere un operatore *riflessivo* (Schon, 1987) l'assistente sociale ha bisogno di essere consapevole tanto dei valori societari e professionali, quanto di quelli personali, in quanto la soggettività dell'operatore gioca sempre un ruolo determinante nel processo. Questo costituisce un limite ma per un altro verso rappresenta anche la più importante potenzialità.

<<Un assistente sociale>>, diceva Guido Calogero nel febbraio del 1947, <<...deve possedere non solo una sufficiente conoscenza tecnica e giuridica e gli strumenti del suo lavoro, ma altresì una solida conoscenza umana e sociale, capace di condurlo con sicurezza attraverso quel complicato mondo di difficoltà che in primo luogo vanno dominate dalla sicurezza dello spirito...questa serenità mentale, questa sicurezza dello spirito....nella storia della civiltà ha avuto i più diversi nomi: paideia, humanitas, cristianesimo, comprensione del prossimo, senso della storia, spirito della tolleranza e di libertà. Per conquistarla bisogna rendersi conto dei problemi fondamentali dell'agire umano....ma bisogna anche essere pronti a capire il diverso altrui pensare, senza lo stato d'animo intollerante di colui che è sicuro per sempre della verità propria>> (Cutini, 76).

La storia della nostra professione sembra caratterizzata dai continui sforzi per guadagnarsi riconoscimento e stima al pari di professionisti più forti (medici, psicologi, giuristi etc.); anche per questi motivi si è concentrata molto sull'uso di tecniche specifiche e di strumenti di valutazione per rendere i propri processi e risultati verificabili e misurabili. Folgheraiter (2012) rileva che il determinismo scientifico propugnato dal positivismo è stato abbandonato dalle stesse scienze fisiche con la scoperta della fisica quantistica e relativistica, ma *<< per uno strano paradosso, più era chiaro che gli operatori sociali non potevano riparare i loro casi "manipolandoli" secondo le loro intenzioni, né sarebbe stato eticamente accettabile, più la scienza ufficiale li spronava a addiventare a un tale (impossibile) stadio>>. (ibidem:38). E ancora l'autore (ibidem:40) ci ricorda la lezione di Husserl per cui l'uomo << merita di essere studiato non come un pezzo di natura (quale esso peraltro è), bensì esattamente per il tratto distintivo che lo distacca e lo eleva sopra la natura: per il suo "spirito" libero...la fenomenologia ci mostra la possibilità di una vera scienza dell'umano, una scienza che*



ricosce il paradosso di ogni indagine scientifica sopra l'uomo: cioè che l'oggetto di studio è un soggetto>>.

Un processo valutativo pone quindi in relazione reciproca dei soggetti, che partecipano al processo portando con sé le loro storie di vita, i loro atteggiamenti, le loro aspirazioni, il loro sistema valoriale e culturale. Secondo Folgheraiter la consapevolezza che tutti questi fattori incidono sul processo – e non potrebbe essere altrimenti – non deve paralizzare l'assistente sociale, facendolo cadere in una visione soggettivistica della relazione, provocando danni anche maggiori della visione positivista. L'autore ricorda che <<*il servizio sociale è una professione, una pratica tesa alla trasformazione attiva della vita sociale e dei sistemi umani. Suonerebbe pertanto ironica una teoria che sminuisse i poteri dei professionisti per delegare il lavoro duro – per così dire – ai soggetti più deboli*>> (ibidem:42)



PARTE SECONDA

“UN’ESPERIENZA DI MONITORAGGIO DEL PROGETTO D’INTERVENTO DEL MINORE IN CASA FAMIGLIA”

Annalisa Gonizzi

Maria Koch



Il Comune di Roma, tramite il V Dipartimento (ora XIV) dopo la promulgazione della 328/00, ha cercato di attivare un processo a valenza strategica ed organizzativa per lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria e della pianificazione integrata riguardante le politiche per l'infanzia e l'adolescenza. Tale processo ha condotto alla creazione, per ciascun distretto ASL, di una Unità Intermunicipale per i Minori (UIM) composta da operatori dei Municipi afferenti ai territori delle ASL, operatori della ASL e da consulenti dipartimentali.

La UIM è una struttura organizzativa, attraverso la quale è stato messo a punto un Sistema Integrato di Servizi Interdistrettuali di secondo livello con l'obiettivo di ottimizzare le risorse professionali e economiche disponibili attraverso lo sviluppo dei livelli di integrazione nell'organizzazione e progettazione dei servizi.

La UIM RME¹ ha posto tra i propri obiettivi quello di migliorare la qualità delle azioni rivolte ai minori e nel corso degli anni ha cercato di creare servizi che potessero fornire possibili percorsi di risposta alle sempre più crescenti richieste di aiuto di nuclei familiari con minori.

Dopo aver effettuato un'attenta analisi dei bisogni e delle risorse presenti, si è riusciti a creare 7 linee di attività specifiche, con una impostazione a matrice in base alla quale Municipi, ASL e Dipartimento partecipano (con immissione di risorse umane, economiche e logistiche) alla creazione di servizi per i cittadini del quadrante ASL RME.

Una volta attivate tale linee, si è continuato a lavorare in termini di ridefinizione e condivisione delle prassi, di snellimento delle procedure e di riorganizzazione della spesa anche su altre materie afferenti ai minori, con particolare attenzione all'azione svolta dai servizi per l'assistenza domiciliare e per l'inserimento dei minori in struttura residenziale.

Si sono creati 2 gruppi di lavoro ad hoc, composti sempre da un referente per ogni municipio, uno per la Asl ed un rappresentante Dipartimentale.

LA RESIDENZIALITÀ

Per quanto concerneva il gruppo della "residenzialità" la proposta procedurale aveva previsto la costituzione di una Unità Valutativa Multidisciplinare con l'obiettivo principale di pervenire ad

¹ Quadrante Municipio Roma 17-18-19-20 e ASL RME



una visione unitaria della metodologia di lavoro e delle procedure, al fine di rendere l'intervento con il minore ed il suo sistema familiare univoco, funzionale e rispondente al criterio evolutivo e migliorativo del processo di sviluppo delle singole organizzazioni, pensate in stretta interdipendenza tra loro.

Inizialmente si è ipotizzato di poter utilizzare tale processo di lavoro per addivenire ad una differenziazione delle rette previste per le case famiglia, in base alla complessità/gravità della situazione. Si sono effettuate numerosi incontri tra operatori dei municipi, dipartimento e responsabili delle strutture per ragionare sul significato di complessità e per giungere ad una prima griglia da utilizzare in senso sperimentale. La difficoltà del Dipartimento a poter utilizzare i fondi in modo differenziato ha interrotto tale possibilità, ma il lavoro svolto è comunque stato utilizzato per giungere alla creazione della scheda di valutazione del minore inserito, per poter monitorare l'andamento del progetto e mantenere il tempo di inserimento in struttura il più breve possibile.

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE PER LA RESIDENZIALITÀ

Il gruppo di lavoro partiva da alcune convinzioni di base che qui si riportano schematicamente:

1. il collocamento del minore in struttura residenziale è uno degli interventi più delicati e complessi da realizzare nell'ambito del lavoro con le famiglie;
2. l'assistente sociale, portatore di un sistema valoriale sia individuale che istituzionale, nell'attuare il collocamento del minore in struttura si trova a dover favorire la costruzione di un sistema di relazioni (minore – sistema parentale di appartenenza -struttura residenziale) con la necessità di conciliare gli obiettivi, il progetto, le aspettative ed i tempi di tutte le parti in causa;
3. la compresenza di tanti elementi rende necessaria una compartecipazione fattiva e positiva degli operatori coinvolti, che possano condividere la complessità dell'azione ed uscire da una dimensione di solitudine e di frammentazione, per poter rispondere alla problematicità della situazione in modo tale che il collocamento del minore sia solo una fase dell'intero processo progettuale (e non il progetto), che possa giungere in tempi coerenti ad una possibilità trasformativa della situazione, con il rientro del minore in famiglia o con la creazione di percorsi alternativi (affidamento/adozione).

Il lavoro attraverso questo gruppo avrebbe dovuto condurre a trasformare il collocamento in struttura del minore da intervento a processo condiviso, con la possibilità di raggiungere due obiettivi interconnessi tra loro: da una parte la creazione di percorsi di aiuto realizzabili in tempi



coerenti allo sviluppo evolutivo del minore; dall'altra far sentire gli operatori parte di un progetto di intervento condiviso e interdipendente.

Obiettivi dell'unità valutativa multidisciplinare:

L'Unità Valutativa multidisciplinare (UVM) si sarebbe dovuta porre non come organo di controllo dei progetti e dei Servizi proponenti, ma come strumento di lavoro trasversale ai Servizi stessi e alle Comunità, attraverso il quale:

- 1) costruire un linguaggio comune che faciliti la definizione degli obiettivi del collocamento, le fasi progettuali, le risorse spendibili ed attivabili, le azioni richieste alla struttura;
- 2) facilitare l'interazione tra i soggetti coinvolti nella condivisione del percorso di collocamento;
- 3) condividere possibili percorsi di soluzione per garantire il rispetto dei tempi di dimissione dei minori.

Il suo compito è:

- a. analizzare le proposte di collocamento;
- b. seguire l'andamento dei progetti di inserimento;
- c. monitorare la modalità operativa della comunità;
- d. monitorare i tempi di collocamento

La scheda di valutazione fino al 2010

Il primo passaggio era stato quello di creare una scheda di valutazione, quale strumento sintetico e descrittivo, attraverso il quale valutare in modo chiaro il grado di problematicità della situazione del minore, per dettagliare al meglio la richiesta alla struttura.

Questo dispositivo era stato pensato per essere funzionale e di rapida utilizzazione, composto da un numero essenziale di indicatori specifici e rappresentativi degli aspetti problematici della situazione e delle risorse presenti nel minore e nella famiglia. L'utilizzo di questo modulo da una



parte, avrebbe dovuto facilitare il Servizio Sociale inviante nella presentazione del caso e nella definizione delle specifiche richieste da inoltrare alla struttura residenziale; dall'altra, avrebbe dovuto consentire alla casa famiglia di valutare in modo più concreto la disponibilità all'accoglienza e rispondere sulla base delle reali capacità di gestione, che al momento della dichiarazione di disponibilità garantisce di poter sostenere, anche alla luce della quota corrispondente alla specificità della situazione.

Procedure per la sperimentazione dell'unità valutativa integrata

La 1^a sperimentazione è stata effettuata nel periodo ottobre 2009 - giugno 2010 sui minori inseriti da gennaio 2009 e sulle situazioni che presentavano problematiche particolari secondo la procedura di seguito descritta:

- 1) l'A.S. case manager informava la UVM del collocamento di un minore;
- 2) l'UVM incontrava la referente del caso e della casa famiglia (ed altri servizi della rete) per la valutazione del caso con la compilazione della scheda predisposta e definizione del progetto di intervento con determinazione dei tempi di verifica;
- 3) verifiche periodiche per monitoraggio degli obiettivi raggiunti, delle criticità riscontrate e delle modifiche da effettuare.

La scheda di valutazione dal 2011 ad oggi

Il lavoro del gruppo residenzialità ha subito un rallentamento ed anche alcuni cambiamenti di operatori che hanno portato anche a rivisitare la scheda di valutazione. La scheda che segue è stata elaborata attraverso un ulteriore lavoro di confronto ed elaborazione con gli operatori dei servizi sociali e sanitari dei quattro Municipi che formano il territorio della ASL Roma E e con gli operatori delle Case Famiglia.

La scheda è stata quindi concordemente elaborata soprattutto come strumento di monitoraggio e riflessione sul progetto di collocamento, per scongiurare il rischio di una permanenza troppo prolungata (oltre i due anni) e per sollecitare l'avvio di un progetto di recupero della capacità di cura e accoglienza della famiglia d'origine che permettesse di individuare la via migliore da adottare per "assicurare al minore un luogo adeguato ove crescere" (L. 184/83 modificata dalla



L. 149/2001: Art. 1. - 1: Il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia. Art. 2. - 1. Il minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo, nonostante gli interventi di sostegno e aiuto disposti ai sensi dell'articolo 1, è affidato ad una famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno.)

Sono stati quindi individuati dei fattori di rischio (definiti nella scheda come 'criticità') da misurare caso per caso, secondo la situazione evolutiva del minore e in base all'età anagrafica, che, incrociati con i fattori protettivi (definiti nella scheda come 'risorse') aiutassero l'elaborazione del progetto di intervento teso a portare in diminuzione l'intensità degli aspetti critici e in aumento l'intensità dei fattori positivi. Pertanto ogni scheda rappresenta una valutazione a sé che, seppure attraverso il riferimento del manuale appositamente elaborato, definisce un quadro unico ed originale che descrive l'intrecciarsi di dimensioni diverse nella vita di ciascun minore allontanato dalla famiglia. Nella compilazione della scheda e nell'attribuzione dei punteggi si dovrà tener conto delle competenze ed abilità attese in riferimento all'età anagrafica del minore.

La parte iniziale della scheda (sezione anagrafica) serve a definire il contesto familiare, giudiziario e la storia del minore.

La parte seguente è divisa in due parti, a seconda dell'età dei minori. Si è ritenuto infatti che il collocamento in comunità di bambini sotto i tre anni richiedesse indicatori specifici che sostenessero l'osservazione e la valutazione degli operatori (parte prima).

La seconda parte riguarda i bambini dai tre anni in su, con batterie di indicatori che cercano di coprire le diverse fasi evolutive, allo scopo di definire un quadro di orientamento valido per tutto l'ampio range di età che ricomprende. Per i ragazzi adolescenti sono state individuate alcune voci specifiche relative alle 'risorse', utili alla stesura di un progetto di aiuto finalizzato all'autonomia.

Nell'ultima parte la scheda prende in esame il contesto familiare, per individuare gli elementi positivi da rafforzare e le criticità da affrontare, nonché per precisare il progetto di sostegno da attuare.



Infine la scheda conclusiva pone l'accento sugli incarichi che ciascun attore assumerà nel progetto di aiuto e per i quali si renderà responsabile.

Da rilevare che, laddove vengano previsti a carico della Casa Famiglia degli interventi sanitari a favore del bambino che la Asl non è in grado di assicurare, si può prendere in esame una compartecipazione alle spese da parte della Asl di residenza a copertura delle spese connesse all'attuazione degli interventi non compresi nella retta a carico del Comune.

Come si utilizza la scheda:

La prima compilazione viene effettuata dopo un primo periodo di inserimento (circa tre mesi) per dar modo agli operatori della Casa Famiglia di conoscere il bambino e partecipare attivamente alla compilazione della valutazione e del progetto di intervento.

Successivamente con cadenza tri/semestrale la scheda viene ricompilata, verificando le modifiche intercorse nell'intensità dei diversi indicatori, e viene messo a punto un progetto di intervento che tenga conto dell'evoluzione intercorsa, sia nella condizione del bambino che in quella dei suoi familiari. Si procede così per il tempo di inserimento previsto e, in prossimità della scadenza biennale, si valuta un'eventuale proroga o la percorribilità di altri scenari, sempre tenendo conto di un progetto d'intervento basato su criteri di fattibilità e recuperabilità.

Ovviamente la scheda da sola non è in grado di impedire la permanenza prolungata in Casa Famiglia, ma rappresenta uno strumento utile a fornire consapevolezza a tutti gli attori coinvolti: operatori, familiari, AA.GG.

Per una migliore utilizzazione si può prevedere un confronto sui casi nell'équipe del GIL, utilizzando la scheda come strumento di analisi.

N.B. La scheda per la valutazione dei progetti residenziali e il relativo manuale di utilizzo sono scaricabili dal Box Sociale del Comune di Roma (www.boxsociale.it).



PARTE TERZA

“FATTORI DI RISCHIO CORRELATI ALL’ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO”

Tiziana Bartoli
Nadia De Luca



Nella letteratura specialistica molto spesso gli indicatori di rischio della infanzia e dell'adolescenza fanno riferimento a quei fattori personali, familiari e sociali che entrano in gioco nell'insorgenza e nel perdurare dello stato di disagio del minore.

Sempre più spesso, però, sia ricerche che approfondimenti teorici sul burnout e sulla complessità del lavoro sociale rinviano a criticità che l'assistente sociale incontra nell'espletamento delle proprie funzioni, insite nella stessa organizzazione di lavoro in cui opera e più in generale nella organizzazione dei servizi territoriali con cui si interfaccia nella gestione dei casi. Tali criticità possono interferire nel processo di lavoro dell'assistente sociale, con inevitabile ricaduta sull'efficacia degli interventi posti in essere a favore dell'utenza anche minorile.

Questa condizione appare più comprensibile se riferita al contesto socio-economico attuale. Infatti, quanto più oggi la condizione di contrazione economica limita la possibilità di finanziare le risorse necessarie per riassetare squilibri presenti nella condizione vissuta dalle fasce più deboli della popolazione, tanto più il delicato lavoro svolto dall'assistente sociale di mediazione tra istanze-bisogni dell'utente e risposte dell'organizzazione di appartenenza, può generare insoddisfazione, conflitti, non efficacia del lavoro.

Si ipotizza che durante il processo di lavoro di valutazione, gestione e di verifica del caso, l'assistente sociale possa incontrare ostacoli, interferenze, condizioni difficili di lavoro che rischiano di compromettere gli esiti del proprio intervento. Tali condizioni possono essere definiti fattori di rischio interni alla dimensione operativa e organizzativa del proprio Ente e dell'organizzazione dei servizi locali, per le caratteristiche di ripetitività, incisività e influenzabilità che tali fattori hanno sui risultati in itinere e finali dell'intervento.

Una volta identificati i fattori di rischio, si potrebbero individuare i relativi indicatori che permetterebbero un riconoscimento e una misurazione della loro incidenza sulla riuscita dell'intervento.

Rispetto, quindi, agli indicatori di rischio che appartengono al contesto di vita del minore (personali, famigliari, sociali) che noi andiamo ad identificare per programmare un intervento, i fattori di rischio di cui trattasi sono più specificamente connessi all'intervento stesso. Pertanto, non sono generatori diretti del disagio minorile in senso stretto, ma possono contribuire a



rendere inefficace l'intervento, non permettendo il raggiungimento degli obiettivi prefissati, e quindi, indirettamente, possono mantenere non modificato lo stato di disagio del minore

Le difficoltà ad operare, a causa di condizioni normativo-organizzative non adeguate alla portata dei problemi trattati, sono spesso vissute dall'operatore come impotenza, svilimento del ruolo, inadeguatezza professionale, mentre sono poco valutate ed esplicitate per il grado di influenza che esse hanno sugli esiti dell'intervento specifico.

Riconoscere i fattori di rischio e individuarne gli indicatori, consente all'assistente sociale di:

- acquisire maggiore consapevolezza degli elementi costitutivi e spesso sottesi dell'intervento che, afferenti all'organizzazione interna del servizio di appartenenza e della rete dei servizi territoriali, possono arrecare interferenze, ritardi, difficoltà ad operare;
- valutare e condividere i diversi livelli di corresponsabilità con i soggetti istituzionali e non, coinvolti e da coinvolgere nel processo di aiuto rivolto al minore, per una puntuale restituzione dei risultati e delle difficoltà riscontrate nel conseguirli;
- pianificare un intervento che abbia realistiche probabilità di raggiungere gli obiettivi prefissati;
- individuare le modalità possibili e più corrette per informare e rendere partecipe, quanto possibile, la famiglia e gli utenti in merito alle criticità connesse al percorso di aiuto.

INDIVIDUAZIONE DI ALCUNI FATTORI DI RISCHIO CORRELATI ALL'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO CHE INCIDONO DIRETTAMENTE O INDIRETTAMENTE SULL'ANDAMENTO PROGETTUALE DELL'INTERVENTO RIFERITO AL MINORE

Aspetti organizzativi dell'ente di appartenenza

- presenza di una sola figura professionale all'interno del Servizio (piccoli comuni);
- rapporto gerarchico dell'assistente sociale carente di competenza specifica nel settore sociale;
- carico di lavoro elevato;



- precarietà lavorativa con dipendenza contrattuale;
- contrazione finanziamenti.

Processo di lavoro

- Assenza di criteri di valutazione nell'assegnazione dei casi agli operatori;
- assenza di spazi definiti sia individuali che di gruppo sulla discussione dei casi;
- assenza di momenti di supervisione, tradizionalmente intesa, con esperti esterni.

Dimensione di rete

- Livello di qualità nella collaborazione con operatori interni ed esterni all'Ente di appartenenza;
- definizione o assenza di buone prassi operative;
- mancanza di accordi o mancanza di attuazione degli accordi stipulati tra l'Ente di appartenenza e gli altri Enti coinvolti o da coinvolgere sul caso;
- impoverimento delle risorse economico-finanziarie destinate ai servizi per minori.

Rapporti con comunità locale

- Interessi particolari di natura politica nella gestione del caso;
- contesto sociale di riferimento connotato da forte impatto della malavita organizzata;
- pregiudizi della comunità locale nei confronti degli utenti (forme assistenziali vincolate a requisiti non accettati dalla comunità locale).

Rapporti con autorità giudiziaria

- Assenza di condivisione di prassi e accordi (aspetto formale);
- mancanza di momenti di confronto e riflessione (aspetto informale)



Rapporti con comunità professionale

- Scarsità di contatti e di confronto con comunità professionale;
- bassa opportunità di formazione continua.



PARTE QUARTA

“QUANDO L’ASSISTENTE SOCIALE È SOLO NELL’ESPERIENZA DI VALUTAZIONE”

Laura Censi

Francesca Del Priore

Stefania Minorenti

Nadia Santolamazza



Nei piccoli Comuni del Distretto socio – sanitario RM/G3 il Servizio Sociale Professionale è garantito tramite un progetto dell'Ufficio del Piano di Zona di Tivoli (Comune capofila) denominato "Servizi Sociale Itinerante".

Le assistenti sociali che lavorano in questo servizio sono quindi dette " distrettuali" e sono referenti per due o più comuni a testa. Le amministrazioni dei piccoli comuni si rapportano con la propria assistente sociale e con l'utenza del loro paese in modo molto diverso rispetto alle amministrazioni di un grande centro: il rischio maggiore, e quello che si percepisce prima, è la tendenza di Sindaci e Assessori a considerare l'assistente sociale di "loro proprietà", un mezzo per raggiungere determinati fini politici (consensi tramite l'erogazione di determinati benefici sociali contributi, borse lavoro, collaborazioni) a causa di ciò è continuamente necessario ridefinire il proprio ruolo professionale di tecnico dei servizi sociali, e ribadire la propria neutralità e trasparenza nei rapporti con l'utenza: far capire che esistono delle priorità e dei requisiti sociali che fanno scaturire l'erogazione di determinati benefici, che esulano completamente da gestioni politiche e di parte, è cosa anomala e mai definitivamente consolidata.

Essere l'assistente sociale di un comune di 500 abitanti, significa intervenire su una comunità strettamente legata da rapporti di parentela e di amicizia, dove tutti si conoscono ed hanno legami intimi con amministratori ed impiegati comunali. Il rischio del clientelismo è sempre alla porta: richieste di favori e raccomandazioni sono all'ordine del giorno. Inoltre nella maggior parte dei casi, i responsabili dei servizi sociali sono rappresentati da personale non qualificato in materia e non in grado di fornire sostegno o condividere competenze con il tecnico. Questo per arrivare al rischio più grande e alla difficoltà maggiore vissuta da noi assistenti sociali distrettuali: il lavoro "in solitaria" nei comuni più grandi, dove collaborano due o più colleghe, ogni fase del lavoro dall'accoglienza, alla presa in carico, alla valutazione dei casi, viene condivisa; a volte capita che ci sia una divisione del lavoro, ovvero una collega gestisce i casi di Tribunale, una gli anziani, un'altra i minori: noi gestiamo ogni campo del servizio sociale territoriale da sole. Questo fa sì che è nostro onere di responsabilità creare delle reti sociali tra utenti e servizi, tra servizi e servizi (Comune, Asl, CSM, Scuola) e tra famiglie e famiglie ogni volta che si apre un nuovo caso.



Intendiamo inoltre aprire una riflessione sulla condizione lavorativa da noi vissuta in questo momento storico in cui il nostro ruolo “pubblico” come organi dei comuni, cozza spiacevolmente con il ruolo “privato” della nostra condizione contrattuale (dipendenti di cooperativa).

Quando in un comune c'è un'unica assistente sociale, lei da sola rappresenta in toto il servizio sociale di quel comune, la porta d'accesso e il filtro per i servizi sociali erogati da quell'amministrazione: ciò rappresenta un elevato fattore di rischio nel lavoro, rischio di autoreferenzialità per l'operatore e rischio di interventi non sempre efficaci per l'utenza.

Senza contare che la responsabilità e le conseguenze legate a qualunque processo di aiuto ricadono al 100% sull'assistente sociale, quale diretto ed unico referente del servizio.

La valutazione e la gestione di un caso è una grande responsabilità e fornire all'utente una valutazione oggettiva ed adeguata non può scindersi dal concetto di una valutazione “partecipata” e multi-professionale.

Per ovviare a ciò, le assistenti sociali distrettuali hanno impostato il loro lavoro in una stretta rete di collaborazione, al fine di mettere in atto interventi il più possibile condivisi nei vari comuni del distretto. Inoltre un giorno a settimana è dedicato al confronto delle varie realtà territoriali tramite una riunione d'equipe alla quale partecipano tutte le assistenti sociali distrettuali e del Comune di Tivoli dove sono presenti anche le psicologhe del CTS relativo alla L. R. n. 285/97.

Autoreferenzialità, condizionamenti politici e della comunità, mancanza di prassi consolidate con i servizi socio-sanitari e inquadramento contrattuale sono tutti fattori di rischio che vanno a condizionare fortemente il lavoro e la professionalità dell'assistente sociale.

Per compensare tutto ciò mettiamo in campo fattori di protezione quali: la nostra rete di collaborazione con gli altri servizi (Asl, CSM, Scuola), basata sulle relazioni e sui contatti che ognuna di noi stabilisce con gli operatori e le altre realtà presenti sul territorio (associazioni di volontariato e terzo settore).

Un'ulteriore fattore di protezione è rappresentato in primis dalla nostra formazione professionale ma soprattutto dalla nostra volontà di approfondire e migliorare le nostre competenze e capacità



professionali attraverso la ricerca e la partecipazione a percorsi formativi e di autoformazione come questo che ha portato all'elaborazione del presente contributo.



PARTE QUINTA

“IL LAVORO IN ÉQUIPE NELLA VALUTAZIONE”

Federica Massaroni

Ivana Oca



DALLA SOLITUDINE AL LAVORO DI ÉQUIPE

All'interno dei Servizi Sociali la solitudine dell'Operatore Sociale, dovuta all'organizzazione dei servizi, deve trasformarsi in un sentimento di appartenenza all'interno della propria comunità professionale ed organizzativa.

Reagire alla solitudine significa sentirsi parte di un Servizio “sostenente”, condividere il proprio vissuto e le modalità attraverso le quali si è affrontata la situazione, con i colleghi ed i responsabili del Servizio di appartenenza.

Nel lavoro di équipe si ritrova la massima espressione della condivisione, della collaborazione e del sostegno nell'affrontare i casi che si presentano all'interno del Servizio presso il quale si lavora.

Il lavoro d'équipe come metodologia di lavoro

In riferimento al modello di intervento sulle problematiche che si presentano al Servizio di appartenenza ed, in generale, alle attività svolte, il Servizio deve privilegiare un approccio che integri le conoscenze socio-medico-psicologiche e che utilizzi processi terapeutici diversificati in riferimento alle caratteristiche della persona ed in relazione alla sua situazione socio-psico-sanitaria, attraverso il lavoro d'équipe.

Quest'ultimo è uno strumento operativo delle attività del Servizio Sociale nel loro complesso e come tale rappresenta una vera e propria risorsa.

L'Operatore Sociale non potendo affrontare da solo le molteplici ed eventuali situazioni problematiche, in quanto membro di una équipe, deve interagire ed essere affiancato e sostenuto dalle altre figure professionali presenti nella struttura, nel caso di interventi interni al servizio e nel caso di interventi e collaborazioni con altre strutture od attività. Difatti, questa convergenza di competenze professionali diversificate fra loro, viene integrata dall'utilizzo contemporaneo od in sequenza delle risorse dei vari servizi e strutture presenti nel territorio.

La massima espressione del lavoro d'équipe può essere identificata nelle riunioni settimanali, che coinvolgono gli Operatori della struttura, dove si analizza il problema nelle sue varie



sfaccettature e dove si elaborano congiuntamente delle possibili soluzioni del problema, attraverso uno scambio d'opinioni e quindi, attraverso un lavoro di gruppo.

Questo lavoro di gruppo è un lavoro di équipe nel quale ogni progetto terapeutico deve concretizzarsi in obiettivi realistici, alla portata delle risorse (esistenti e/o potenziali) dell'utente. Per far sì che questo accada lo stesso progetto terapeutico deve scaturire da una conoscenza della persona da parte dei membri della stessa équipe, in un lavoro che coinvolga vari attori: Operatori, Utente, Famiglia, Partner, etc.

L'importanza del lavoro di équipe sta proprio nella conoscenza della persona, e non solo per quanto riguarda i dati anamnestici e clinici ma anche, e soprattutto, il tipo di relazione avente con i vari Operatori e l'osservazione, da parte di quest'ultimi, del suo comportamento nel servizio. Una volta raccolti tutti gli elementi (medici, psicologici e sociali) si compone un quadro coerente della situazione e si stabiliscono gli obiettivi perseguibili, a breve e a lungo termine, in maniera tale da rispondere efficacemente ai bisogni dell'utente. Nello specifico, il ruolo dell'Assistente Sociale consiste nella raccolta di ogni dato importante e soprattutto utile per un'inchiesta sociale sull'ambiente nel quale l'utente vive, in modo tale da offrire delle opportunità per migliorare le sue condizioni di vita (inserimento in attività scolastiche, corsi professionali, inserimento sociale e lavorativo...). (Orsenigo M., 1996)

Le informazioni raccolte da tutte le figure professionali e l'intervento che viene messo in atto risulta essere a carattere integrato sul piano d'osservazione medico, psicologico e sociale. Per questo motivo, il lavoro sociale deve essere supportato da una specificità culturale, professionale ed operativa in continua interazione, in quanto le problematiche che si presentano all'Operatore Sociale sono di tale complessità che si prestano non ad una soluzione ma a delle soluzioni. (Bosi M. et al, 1994)

L'équipe come risorsa nei processi di Valutazione

L'équipe composta dalle varie figure professionali, in funzione delle necessità dell'Utente, affronta le diverse problematiche attraverso una visione globale ed è proprio attraverso questa visione globale, collaborativa e di sostegno, che l'équipe può considerarsi una vera e propria risorsa.



Sulla base dell'analisi effettuata sul caso presente all'interno del Servizio, ogni Operatore, per la parte di propria competenza, effettua una valutazione per determinare tutti gli elementi necessari alla redazione del progetto riabilitativo.

La valutazione acquista sempre maggiore importanza in relazione ad una serie di cambiamenti sociali, culturali e organizzativi. La complessità della situazione attuale e i cambiamenti sociali rendono sempre più difficoltoso sviluppare piani a lungo termine. (Campanini)

La valutazione è importante, all'interno del lavoro di équipe, in quanto attraverso il contributo di tutti gli Operatori si possono individuare maggiori soluzioni valutando al tempo stesso tutti i fattori: familiari, personali ed ambientali.

La valutazione è una dimensione che ha un proprio spazio per la costruzione del progetto, dopo l'osservazione della situazione e come verifica del progetto messo in atto ed è un processo che stimola ad individuare le questioni prioritarie e i metodi più adeguati al caso preso in esame.

Buoni motivi per valutare:

“La valutazione aumenta la conoscenza di base”: il possesso delle conoscenze teoriche e delle capacità operative ci porta al sapere come muoversi “per aiutare le persone ad aiutarsi”.

“La valutazione orienta la presa di decisione”: la raccolta di informazioni che avviene all'interno del processo di valutazione consente agli Operatori coinvolti di “prendere decisioni più mirate e consapevoli”;

“La valutazione consente di dimostrare l'affidabilità”;

“La valutazione assicura che gli obiettivi dei clienti siano stati raggiunti” e qualora non lo fossero, la valutazione è un aspetto importante che deve accompagnare il processo di aiuto in modo da poter modificare la gestione del caso nel momento in cui questo si percepisca inefficace;

“La valutazione aumenta la visibilità del lavoro professionale dell'Assistente Sociale”: questo aspetto offre l'opportunità di rendere più visibile il proprio ruolo e la propria professione grazie



allo sviluppo di attività di valutazione del proprio operato, in modo da accreditare anche scientificamente il proprio agire. (Campanini)

In sintesi, attraverso le attività di valutazione saremmo in grado di domandarci: dopo aver realizzato il progetto ed aver seguito l'intervento, è cambiato qualcosa?

Il lavoro di équipe come prevenzione dal burnout

La valutazione è uno strumento che ci permette di effettuare interventi più mirati, integrati ed efficaci in modo da favorire il raggiungimento degli obiettivi preposti, ma non solo. Di importanza particolare vi è un aspetto che non va né sottovalutato, né ignorato: questo processo tutela gli Operatori coinvolti, nel corso del loro operato, dall'isolamento e dal burnout. La presenza di più figure professionali, all'interno dell'équipe di lavoro, permette di effettuare un lavoro più integrato attraverso la collaborazione ed il sostegno della propria attività. Per realizzare tutto questo, all'interno del Servizio di appartenenza, soprattutto durante le riunioni, c'è bisogno di un buon clima comunicativo. Una buona comunicazione permette di non insabbiarsi in se stessi, di non rimanere chiusi di fronte al punto di vista dell'altro e funge da sostegno al proprio operato. Da qui si può partire per creare un clima favorevole, all'interno del quale l'équipe si riunisce, collabora ed interviene e dove ogni persona risulta essere una risorsa libera di esprimersi nel proprio essere per il raggiungimento di progetti adeguati.

Lo stress che può derivare dalla quotidianità del proprio operato, può essere vissuto come un pesante fardello da gestire e questo può portare l'Operatore a "bruciarsi" nella propria solitudine, una solitudine che può essere trasformata in sostegno da parte dei membri dell'équipe nel momento in cui l'Operatore percepisce quella sensazione di non avere abbastanza risorse per affrontare la quotidianità del proprio operato. L'équipe stessa è una risorsa all'interno della quale si rafforza la motivazione, la fiducia in se stessi e nel proprio lavoro.

IL LAVORO IN EQUIPE PROGETTO SPERIMENTALE SERVIZIO SOCIALE MUNICIPIO VII DI ROMA

Per far fronte a tali 'pericoli professionali' il Municipio VII sta avviando una sperimentazione della durata di 12 mesi, riguardo il lavoro d'équipe che coinvolge servizi pubblici e terzo settore; i casi presi in carico sono dieci e riguardano l'Area della Magistratura Minorile, ove



l'invio ai servizi è coatto e le famiglie sono caratterizzate da problemi cronici di acuta sofferenza e spesso il disagio e le difficoltà vengono negate. I casi sono già in carico al Servizio e sono quelli ritenuti più problematici e di maggior difficoltà di gestione.

In equipe, ogni operatore collabora con gli altri e ognuno riconosce la professionalità dell'altro e l'utente viene valutato nella sua complessità. Il progetto prevede un intervento sistemico-relazionale teso appunto a valutare, sostenere e favorire il cambiamento nei sistemi familiari patologici e/o disfunzionali presi in carico.

Innanzitutto su disposizione del T.M. di Roma viene disposta la valutazione delle capacità genitoriali e il Municipio VII svolge tale percorso nelle seguenti fasi in riferimento al progetto "La rete come psicoterapia".

- Valutazione psicodiagnostica e visita psichiatrica da svolgersi presso il DSM di zona. A cura dell'interessato si dovrà richiedere la prescrizione del medico di base con la dicitura VISITA PSICHIATRICA PER CERTIFICAZIONE MEDICO LEGALE E VISITA TESTOLOGICA CON TEST DI PERSONALITÀ.

Pagamento del ticket a carico dell'utente.

- Valutazione delle competenze genitoriali, recuperabilità, e in caso di esito prognostico favorevole il relativo trattamento psicoterapeutico. Lavorano questa fase gli operatori dell'associazione METAOBIETTIVO.
- Rilevazione dell'uso di sostanze stupefacenti ed eventuale trattamento presso il SeRT di zona, oppure se necessario anche o solo rilevazione dell'uso di sostanze alcoliche.
 - Valutazione psicodiagnostica del minore e accertamento del danno presso la ASL RM B II Distretto Servizio TSMREE.

I dati rilevati vengono condivisi all'interno dell'équipe valutativa e l'utente sottoscrive un consenso informato ove dà il consenso e viene a conoscenza che gli operatori coinvolti collaborano e integrano il proprio lavoro.



L'aspetto innovativo è che il gruppo diventa terapeutico e diventa così possibile lavorare a più livelli e integrare al meglio il lavoro di ogni servizio e relativo professionista interveniente.

Il target di famiglie problematiche che afferisce all'Ufficio Magistratura Minorile tende spesso a negare i propri disagi. Stefano Cirillo ne "La famiglia maltrattante" (Cirillo/Di Blasio 1989) racchiude i possibili fattori di questo atteggiamento così:

- Vengono alimentati sentimenti di vergogna
- La cronicità assistenziale tende queste famiglie a rivolgersi ai servizi solo per un mero contributo economico
- L'incapacità socio culturale a prefigurarsi la possibilità di essere aiutati
- Paura di perdere i figli
- Disperazione e perdita di contatto con la realtà

(Vd anche "Cattivi genitori" di Cirillo 2005)

L'inadeguatezza genitoriale si trasmette a volte di generazione in generazione e utenti che venivano seguiti anni fa dai servizi si presentano nuovamente ai servizi con i propri figli riproponendo storie simili a quelle vissute e dolori non elaborati e situazioni cronicizzate. La complessità delle situazioni e il corso del tempo spesso comporta un'alternanza degli operatori oppure l'intervento di più figure professionali che però non lavorando in rete spezzettano il lavoro.

Il lavoro sperimentale che si sta svolgendo all'interno dei Servizi Sociali del Municipio VII è teso a massimizzare le risorse territoriali e professionali, che prendono in carico tutta la famiglia, coinvolgendola nel processo d'aiuto, come protagonista principale all'interno del suo contesto di vita. Gli operatori collaborano, promuovono la circolazione delle informazioni, coordinano il lavoro minimizzando possibili triangolazioni dell'utente e l'eccessivo invischiamento del singolo operatore. Ogni caso ha come referente un'assistente sociale del Municipio che si interfaccia con l'Autorità Giudiziaria.



Ad ogni riunione in equipe ogni operatore accresce la propria ricchezza professionale, pur rimanendo nel proprio ambito senza mai sconfinare in quello dell'altro professionista, anzi ognuno ne riconosce il valore e l'importanza nell'integrazione, perché ogni individuo nella sua complessità individuale è sempre e comunque inserito in un contesto familiare, sociale e culturale più ampio di cui fa parte e da cui non si può prescindere.

Ovviamente il progetto è in via sperimentale e la prassi operativa si va consolidando di volta in volta, le figure professionali dell'équipe valutativa sono i seguenti:

Assistente Sociale del Servizio Sociale del Municipio VII

Psicoterapeuta coordinatore dell'Associazione Metaobiettivo (III Settore)

Psicologa Referente del servizio TSMREE ASL RM B

Psicologa Referente del SeRT ASL RM B

Psichiatra Referente del DSM ASL RM B

All'interno delle riunioni d'équipe sono i sopraelencati operatori che vi partecipano, mentre nelle micro equipe ogni assistente sociale referente del caso coordina le riunioni con gli altri operatori del terzo settore, quali il SiSMIF, SAISH o Spazio Neutro e con i servizi pubblici, scuola o pediatra, che entrano in relazione con il nucleo familiare.

Il modello progettuale riprende quello di Stefano Cirillo (Cattivi genitori)

I FASE	RILEVAZIONE
II FASE	COINVOLGIMENTO FAMIGLIA
III FASE	VALUTAZIONE RECUPERABILITA'
IV FASE	PROGNOSI
V FASE	TERAPIA



Le caratteristiche positive apportate da questo progetto sperimentale sono:

- Le informazioni circolano
- I ruoli sono definiti
- Non si identificano gli operatori cattivi e quelli buoni poiché tutti sono concordi
- Viene definita la durata del progetto, della valutazione, di chi ha il potere decisionale (il Giudice) e di cosa è necessario fare per cambiare la situazione di disagio

In queste situazioni al centro dell'attenzione c'è il minore, più o meno a rischio e sulla base della valutazione del danno, della recuperabilità genitoriale si definiscono le possibili alternative che vengono proposte al Giudice, che deciderà per il benessere del minore stesso. La terapia familiare è un percorso necessario per permettere a questi nuclei di riconoscere e valorizzare le risorse.

In questo breve rapporto si evince quanto sia efficace lavorare in integrazione e viene spontaneo domandarsi perché nel quotidiano non sia una prassi operativa comune.

BIBLIOGRAFIA

ANFOSSI L, GIANNUZZI T., MERLO R., REI D., 1985, *Il lavoro d'équipe nei Servizi Sociali*, Edizioni Gruppo Abele, Torino

BOSI M. ET AL., 1994, *Storie di Ser.T. in Emilia Romagna. Indagine sui servizi pubblici per le tossicodipendenze dal 1975 al 1991*, Franco Angeli, Milano

CAMPANINI A., 2006, *La valutazione nel servizio sociale: proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Carocci Faber, Roma

DAL PRA PONTICELLI M., 2005, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma

ORSENIGO M., 1996, *Tra clinica e controllo sociale. Il lavoro psicologico nei servizi per i tossicodipendenti*, Franco Angeli, Milano



PARTE SESTA

“RIFLESSIONI SUL RISCHIO DI DEVIANZA IN ADOLESCENZA”

Maria Calore



PREMESSA

L'adolescenza è la fase evolutiva della vita interessata da profonde trasformazioni fisiche, psicologiche, emotive, relazionali e sociali.

Queste trasformazioni, che caratterizzano l'acquisizione di un'identità e consentono all'adolescente di diventare adulto, lo espongono al rischio di coinvolgimento in esperienze che possono compromettere il benessere psico-fisico.

Lo sviluppo non è mai lineare e avviene attraverso percorsi individualizzati e diversi in relazione alle singole storie di vita, ai periodi storici, alle differenti culture che influenzano la maturazione fisiologica e i problemi che ne derivano. Rilevante è la capacità di ogni individuo di interpretare la propria esperienza e di rielaborarla, avvalendosi delle capacità cognitive e delle risorse presenti nel suo contesto di vita².

L'adolescente, per assolvere il principale compito evolutivo, la costruzione dell'identità adulta, alterna relazioni di dipendenza con gli adulti significativi a esperienze dirette all'acquisizione dell'autonomia. Il processo verso l'autonomia spinge l'adolescente a sfidare il "sistema regole" e a cercare fuori dal contesto familiare nuovi legami.

ALCUNE DEFINIZIONI

Come afferma la psicologa Georgia Zara³: "I *fattori di rischio* sono eventi o condizioni associate a un incremento della probabilità di manifestazioni antisociali o delinquenziali, che influenzano l'iniziazione, la frequenza, la prevalenza e la durata del comportamento deviante. L'importanza dei fattori di rischio risiede nella loro potenzialità anche di agire come un indicatore che segnala un incremento nella probabilità che un determinato comportamento si manifesti. La forza dei fattori di rischio è tanto maggiore quanto: più alto è il numero dei fattori coinvolti, più sensibile è l'individuo sottoposto alla loro influenza, più precoce, costante e prolungata è la loro influenza".

² BONINO S., CATTELINO E., CIARANO S., (2007), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Firenze, Giunti

³ ZARA, G. (2012), *La psicologia criminale minorile*, Roma, Carocci



Secondo De Leo e Patrizi⁴ il *concetto di rischio in adolescenza* è strettamente connesso al rapporto tra bisogni evolutivi specifici e l'eventualità in cui alcune variabili – personali, socio-relazionali e contestuali - interferiscano con il normale iter di crescita alterandone i percorsi di sviluppo.

Sono definiti *comportamenti devianti* quelle condotte che vanno contro le norme, i valori ed i principi della comunità sociale di appartenenza⁵. Si verifica, pertanto, un'inadeguatezza comportamentale, del singolo o di gruppi sociali nei confronti di schemi normativi, formali e informali, propri del contesto socioculturale di appartenenza.

La Bonino⁶ definisce i *fattori di protezione* quali caratteristiche della persona e del contesto; situazioni particolari che diminuiscono la probabilità di coinvolgimento in comportamenti dannosi o che riducono il coinvolgimento già in atto, oppure che moderano i fattori di rischio presenti nell'ambiente, grazie al cosiddetto “effetto cuscinetto”.

Accanto agli schemi interpretativi che considerano la devianza una condizione determinata da carenze individuate sul piano biologico, psicologico o sociale, negli ultimi decenni si sono riaffermate nella letteratura contemporanea prospettive interpretative della devianza che pongono maggiormente l'accento sulle capacità di autodeterminazione e autorganizzazione individuali.

Il maggiore ruolo assunto dalla capacità di scelta del soggetto implica un riconoscimento della responsabilità individuale per le proprie azioni⁷.

Tale prospettiva fornisce una rappresentazione della “normalità” del processo evolutivo in adolescenza incluso il comportamento a rischio e quindi le trasgressioni.

L'adolescente è ritenuto non più un soggetto “vulnerabile” ma attivo e partecipe al suo sviluppo. L'accento è posto sull'influenza che il contesto (famiglia, pari, scuola, mezzi di comunicazione di massa, vicinato, luogo di lavoro) ha nel corso della vita almeno quanto le caratteristiche stesse

⁴ DE LEO G. E PATRIZI P., (2002), *Psicologia della devianza*, Roma, Carocci, pp. pag. 39

⁵ Ibidem, 2007

⁶ BONINO S., (2005), *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Firenze, Giunti

⁷ BONINO S., CATTELINO E., CIARANO S., (2007), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Firenze, Giunti, pp. 13



dell'individuo. Il passaggio dall'infanzia all'età adulta è quindi analizzato all'interno di un'ottica ecologica sistemica⁸.

Secondo questa prospettiva, gli adolescenti agiscono all'interno di un certo contesto sociale e culturale, al fine di raggiungere degli scopi personalmente significativi, che sono in relazione con i compiti di sviluppo. Le azioni degli adolescenti, siano esse pericolose oppure costruttive, svolgono (in modo consapevole oppure inconsapevolmente) per loro stessi delle precise funzioni, poiché servono a raggiungere obiettivi di crescita personali per la costruzione di una propria autonomia e identità di adulto.

Come anticipato in premessa, in adolescenza i *comportamenti trasgressivi* sono legati all'esigenza tipica di questa fase, di sperimentare il rapporto con la norma e le possibili conseguenze legate a una sua infrazione⁹. Ed è per questo motivo che è difficile capire se la trasgressione può essere considerata un tentativo di “crescita” e di ricerca di maggior autonomia o se deve essere considerata segnale di un disagio individuale familiare o sociale. È importante comprendere il significato di un'azione trasgressiva perché consente agli adulti di fornire risposte adeguate ai bisogni evolutivi espressi e prevenire il passaggio dalla trasgressività alla delinquenza.

Le condotte devianti, che rappresentano una delle modalità con cui gli adolescenti manifestano i comportamenti trasgressivi, contengono in sé una forte valenza di rischio e di problematicità e contestualmente possono fornire opportunità di “crescita” e di cambiamento attraverso un percorso di analisi del significato comunicativo dell'azione nella storia personale e familiare dell'adolescente¹⁰.

Il comportamento deviante, che in alcuni casi può anticipare la condotta delinquenziale dell'età adulta, si manifesta con modalità che caratterizzano lo specifico periodo evolutivo: la transitorietà, l'estemporaneità, l'impulsività, le modalità gruppali con le quali è agita la stessa¹¹.

⁸ BRONFENBRENNER U., (1986), *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino

⁹ DE LEO G., PATRIZI P., (1999), *Trattare con gli adolescenti devianti*, Roma, Carocci

¹⁰ DE LEO G., (2010), *La devianza minorile*, Roma, Carocci

¹¹ LEONARDI M., (2004), *Le cause e i processi della devianza minorile*, in *La Giustizia penale minorile: formazione, devianza, diritto e processo*, a cura di PENNISI A., Milano, Giuffrè



La ricerca empirica, di cui il testo di Bonino, Cattellino e Ciarano presenta i risultati¹², ha mostrato che il passaggio da comportamento trasgressivo a comportamento deviante e quindi la stabilizzazione della condotta delinquenziale riguarda una minoranza di adolescenti, la maggioranza transita alla giovinezza e all'età adulta senza mettere a repentaglio in modo grave il proprio benessere.

L'analisi dei fattori di rischio di devianza in adolescenza può interessare due diverse fasi:

- a) l'iniziazione del comportamento deviante;
- b) la strutturazione del comportamento deviante che determina la recidiva.

La forte carenza nel nostro paese di studi dedicati ai fattori che favoriscono l'iniziazione della "carriera deviante" non favorisce l'analisi dei fattori di rischio e dei fattori protettivi che interessano il passaggio da un comportamento trasgressivo e/o deviante occasionale ad un comportamento deviante strutturato¹³.

Gli autori della ricerca¹⁴ indicano tra i principali fattori che influenzano i comportamenti degli adolescenti a rischio:

- La devianza nel contesto;
- Le caratteristiche socio economiche del contesto di appartenenza;
- Il funzionamento familiare, il sostegno attraverso l'ascolto dei figli, la condivisione dei problemi e la comunicazione aperta che si configura come un importantissimo fattore di protezione;
- Le caratteristiche personali dei genitori (antisocialità, stress o sentimenti depressivi);
- La situazione conflittuale all'interno della famiglia;
- Il contesto delle relazioni con i coetanei, che costituisce il principale ambito in cui si

¹² Ibidem 2007 pp. 46

¹³ ZARA, G. (2012), *La psicologia criminale minorile*, Roma, Carocci

¹⁴ BONINO S., CATTELLINO E., CIARANO S., (2007), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Firenze, Giunti



sviluppano e sono messe in atto le condotte devianti; la devianza adolescenziale, infatti, di solito è compiuta in gruppo;

- Un uso passivo e poco costruttivo del tempo libero.

Alfio Maggiolini¹⁵ individua tra i principali fattori di rischio:

- a) Particolari caratteristiche di personalità (basso quoziente di intelligenza, scarsa capacità di elaborazione simbolica che non consente di gestire le tensioni, le istanze e gli impulsi);
- b) Provenienza da famiglie multiproblematiche con problemi socio-economici e relazionali;
- c) Stile educativo che non favorisce l'acquisizione di capacità di gestione della propria aggressività e di reagire adeguatamente alle frustrazioni;
- d) Esperienze infantili gravemente traumatiche;
- e) Contesti di appartenenza dove sono agiti comportamenti violenti o devianti¹⁶.

I fattori di rischio vanno quindi dalla vulnerabilità individuale (deficit cognitivi, handicap fisici, disturbi dell'affettività) al disagio familiare (perdite, conflitti, rifiuto o abuso) e relazionale, alle disfunzioni dei sistemi di sostegno sociale. Gli indicatori di rischio possono essere desunti dall'interrelazione tra questi diversi fattori di rischio.

Altri contributi empirici hanno rilevato alcune caratteristiche proprie dei ragazzi che agiscono comportamenti a rischio: un basso rendimento scolastico, una mancanza di supporto genitoriale, una bassa resistenza all'influenza dei pari, la tendenza ad agire impulsivamente e la residenza in quartieri a rischio, stress e depressione, mancanza di capacità di resistere alla pressione dei pari, l'uso di sostanze o il vivere momenti o eventi particolari della vita.

I recenti contributi in letteratura sostengono che alcuni fattori di rischio sono correlati ad esperienze che l'adolescente ha vissuto in passato e che possono essere rielaborate positivamente ma non possono essere "modificate". L'attenzione si sposta quindi dai fattori di rischio ai *fattori di protezione*, prospettiva che consente maggiori ambiti di intervento nel

¹⁵ MAGGIOLINI A., RIVAE. (1999), *Adolescenti trasgressivi*, Milano, Franco Angeli

¹⁶ Ibidem 1999



presente. Sono condivisibili le considerazioni della Bonino¹⁷ che ritiene importante la storia di vita passata (lo sviluppo cognitivo, il superamento dei compiti delle precedenti fasi evolutive etc...) in quanto rappresenta per l'adolescente la base sicura su cui incrementare le competenze richieste dalla nuova condizione, anche se gli interventi di prevenzione risultano maggiormente funzionali e significativi se indirizzati allo specifico comportamento a rischio nella specifica fase evolutiva in cui si manifestano: l'adolescenza.

I fattori di protezione consentono, anche agli adolescenti che vivono in presenza di condizioni di rischio, di costruirsi un percorso di sviluppo positivo e limitare il coinvolgimento in comportamenti pericolosi.

La ricerca presentata da Bonino, Cattelino e Ciairano, precedentemente citata, evidenzia i fattori più importanti che sono emersi come protettivi dei comportamenti a rischio. Secondo gli autori questi fattori di protezione sono riconducibili sia ai contesti di vita dell'adolescente (la famiglia, la scuola, la comunità), sia all'adolescente stesso (atteggiamenti, azioni etc...).

La *famiglia*¹⁸ esplica un ruolo protettivo attraverso lo stile educativo "autorevole" messo in atto dai genitori e un'adeguata supervisione del comportamento dei figli attraverso regole esplicite e costante disponibilità ed apertura al dialogo: saper ascoltare ed accogliere le difficoltà dei figli. Gli adolescenti devono poter contare su persone adulte coerenti e responsabili che li aiutino a superare il processo di costruzione del sé.

I principali fattori protettivi offerti dalla *scuola*¹⁹ sono correlati al tipo di esperienza che l'adolescente fa all'interno di questo contesto: l'influenza dei modelli di comportamento e atteggiamenti degli insegnanti, la soddisfazione per l'esperienza scolastica (benessere e successo scolastico). La positività dell'esperienza scolastica favorisce la realizzazione e l'affermazione di sé nonché la capacità di progettare il futuro.

Anche la *comunità*²⁰ può svolgere un ruolo di protezione attraverso: la riduzione della spinta verso l'anticipazione dell'adulità (alimentata dalla logica del mercato e del consumismo); l'accettazione dell'adolescente nella sua unicità e il supporto per la costruzione di un progetto di

¹⁷ BONINO S., (2005), *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Firenze, Giunti

¹⁸ BONINO S., (2005), *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Firenze, Giunti

¹⁹ Ibidem 2005

²⁰ Ibidem 2005



realizzazione personale attraverso spazi di sperimentazione e realizzazione di sé; la promozione della partecipazione degli adolescenti alla vita del paese o del quartiere. La creazione di luoghi di aggregazione (es: Centri di aggregazione giovanile) offre l'opportunità di sperimentare attività significative e socialmente riconosciute. Questi spazi rappresentano l'alternativa significativa alla frequentazione di gruppi spontanei dove gli adolescenti vivono un "tempo vuoto" che non favorisce la costruzione dell'identità personale. I fattori maggiormente protettivi nei confronti dei comportamenti a rischio promuovono un migliore sviluppo personale ed un maggiore equilibrio ed adattamento sociale permettendo agli adolescenti di fronteggiare i compiti di sviluppo senza ricorrere a comportamenti pericolosi.

Strettamente connesso al tema dei fattori di protezione è il tema della prevenzione che si realizza appunto attraverso il potenziamento degli stessi per consentire il ricorso a comportamenti positivi che non mettono a repentaglio il benessere psico-fisico. I tre attori principali - la famiglia, la scuola e la comunità - possono favorire l'incremento dell'autoefficacia degli adolescenti nell'affrontare e risolvere i problemi, i conflitti, la progettualità, il rispetto del "sistema regole".

Sul piano preventivo l'analisi delle funzioni dei fattori di rischio e dei fattori di protezione è essenziale per comprendere quali comportamenti possono sostituire quelli pericolosi e come indirizzare in modo positivo l'intervento là dove i fattori di rischio non sono eliminabili o modificabili.

In conclusione i comportamenti a rischio in adolescenza per quanto pericolosi sono funzionali al raggiungimento di obiettivi importanti in termini evolutivi. Molti ragazzi raggiungono questi obiettivi senza mettere a repentaglio il loro benessere psico-fisico. Alcuni adolescenti invece raggiungono questi obiettivi attraverso i comportamenti a rischio che sono più frequenti là dove gli ambienti familiari, scolastici e comunitari non favoriscono lo sviluppo di sufficienti capacità personali e di adeguate competenze relazionali e non offrono opportunità per raggiungere gli obiettivi di sviluppo di quest'età attraverso esperienze meno pericolose.

Gli interventi di prevenzione devono quindi essere diretti al contesto familiare, scolastico e comunitario all'interno dei quali gli adulti sono chiamati ad assumere le responsabilità correlate al proprio ruolo educativo innanzitutto: accogliere, prendersi cura dei bisogni, sostenere la



crescita, aiutare gli adolescenti ad assumere le responsabilità dei propri comportamenti o azioni.

È necessario che venga adottato un modello che riconosca la centralità dell'adolescente quale soggetto attivo e partecipi al processo di costruzione dell'identità offrendo spazi di riflessione sul progetto di sé ed esperienze socialmente significative e preparatorie all'assunzione di un ruolo socialmente riconosciuto.

BIBLIOGRAFIA

BONINO S., CATTELINO E. E CIARANO S., (2007), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Firenze, Giunti

BONINO S., (2005), *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Firenze, Giunti

COLAMUSSI M. e MESTIZ PUER A., (2012), *Devianza minorile e recidiva*, Milano, Franco Angeli

COLLA E., (2009), *La valutazione dei fattori di rischio e l'efficacia dell'intervento precoce nella riduzione della recidiva minorile in Canada*, Dipartimento Giustizia Minorile Nuove Esperienze di Giustizia Minorile www.giustiziaminorile.it sezione Studi e ricerche

PALMONARI A., (2001), *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino

DE LEO G., (2010), *La devianza minorile*, Roma, Carocci

FONDAZIONE ZANCAN Formazione Regione Emilia Romagna *Giovani irregolari tra marginalità e devianza Ricerca sui minori ex art. 25 e 25 bis Quaderni della Difesa Civica n. 6/2010*

LAGHI F., BAIOTTO R., D'ALESSIO M E PROVENZANO LIDIA, (2005), *Adolescenza tra rischi e risorse*, Roma, Edizioni Carlo Amore

MAGGIOLINI A e PIETROPOLLI CHARMET, (2004), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, Milano, Franco Angeli

MAGGIOLINI A., RIVA E. (1999), *Adolescenti trasgressivi*, Milano, Franco Angeli



RIPAMONTI C. A., (2011), *La devianza in adolescenza*, Bologna, Il Mulino

RIPAMONTI E., (2010), *La trasgressione in adolescenza fra crescita e disagio*, Roma, Federazione SCS/CNOS

SEGRE S., (1998), *La devianza giovanile. Cause sociali e politiche di prevenzione*, Milano, Franco Angeli

ZARA G., (2012), *La psicologia criminale minorile*, Roma, Carocci

ZARA G., (2005), *Le carriere criminali*, Milano, Giuffré



PARTE SETTIMA

“UNA RIFLESSIONE SUL PROCEDIMENTO METODOLOGICO PER LA DIAGNOSI SOCIALE NELL’INDAGINE SOCIO FAMILIARE IN AMBITO MINORILE”

Angela Paparella



Il Servizio Sociale Professionale dell'Ente locale viene sempre più spesso coinvolto dall'Autorità Giudiziaria nel processo decisionale inerente la valutazione dell'idoneità genitoriale, in particolar modo nelle conflittualità tra i genitori. Si ritiene necessario evidenziare come il ruolo dell'assistente sociale stia assumendo una funzione predominante in tale ambito, anche con una ripercussione mediatica dell'immagine del professionista in un'accezione prevalentemente negativa. Diventa quindi indispensabile riuscire ad acquisire teorie e metodologie più oggettive possibili per emettere diagnosi sociali esaustive e appropriate, al fine di garantire la tutela ottimale del minore nonché del professionista.

Ogni professione è di fatti caratterizzata dal proprio procedimento metodologico. Nel servizio sociale il procedimento metodologico è dato da un «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)»²¹. È una guida nel fare, individuata attraverso l'identificazione di un processo logico da seguire. L'assistente sociale adopera questo metodo operativo per analizzare un fenomeno problematico presente nella realtà sociale, per poi porsi degli obiettivi che portino all'evoluzione e al cambiamento di tale realtà, che può essere individuale, familiare, istituzionale, collettiva. La professione di assistente sociale si basa, pertanto, su un procedimento metodologico ben chiaro e definito che permette di apportare cambiamenti e raggiungere gli scopi, trasformando le incertezze in stimoli evolutivi.

Il percorso di studi magistrale svolto presso l'Università Roma Tre ha permesso di effettuare un lungo lavoro di approfondimento teorico, che si è reso indispensabile per definire e provare a rendere armonico l'intero procedimento metodologico da seguire per lo svolgimento dell'indagine socio familiare. L'intero procedimento metodologico è stato ripensato e strutturato per renderlo più uniforme e utilizzabile con la pratica professionale. Non si tratta di un semplice lavoro di sistematizzazione degli strumenti professionali, ma si è provato ad integrare nuovi strumenti a quelli già esistenti. Inoltre, l'utilizzo di tali strumenti è volto all'identificazione di fattori ed indicatori di rischio e protezione per la compilazione di una griglia valutativa indispensabile per la definizione della diagnosi sociale.

L'indagine socio familiare viene definita, sotto il profilo tecnico, come una raccolta e un'organizzazione di dati concernenti la vita di un soggetto, considerato sia nelle relazioni

²¹ M. Dal Pra Ponticelli, *Lineamenti di servizio sociale*, Astrolabio, Roma, 1987, p. 117.



familiari, sia in rapporto con l'ambiente di appartenenza.²² È appunto uno strumento professionale per la valutazione delle informazioni raccolte sulla situazione familiare e personale del minore oggetto del procedimento avviato dall'autorità giudiziaria. Di fatti, «la valutazione ha inizio prima dell'intervento, quando, a partire dall'analisi della domanda, e una volta raccolte le informazioni necessarie per la conoscenza e la comprensione del problema, si formulano ipotesi sulla situazione per la definizione della diagnosi psicosociale»²³.

In particolare si utilizza il termine inglese “*assessment*” ad indicare una delle più rilevanti competenze dell'assistente sociale per la «*valutazione e l'accertamento* di fatti e situazioni in vista di un giudizio discrezionale e quindi di una presa di decisione ponderata. Tale giudizio/decisione può essere un atto in sé concluso (...) oppure può essere un momento preliminare ad una successiva presa in carico più mirata (...) oppure la fase iniziale di un intervento di aiuto più articolato e prolungato nel tempo»²⁴.

L'*assessment* si differenzia dal *monitoring*, in quanto quest'ultimo consiste nel controllo del buon andamento nel tempo di una progettualità; dall'*evaluation*, che verifica il raggiungimento degli obiettivi prefissati a conclusione del processo di aiuto.

In relazione al contenuto, l'*assessment* può assumere finalità differenti²⁵:

1. *Assessment come valutazione del bisogno* (“*need assessment*”).
2. *Assessment del rischio* (“*risk assessment*”).
3. *Assessment come controllo di accesso alle prestazioni* (“*gatekeeping*”).

È utile focalizzarsi in particolar modo sull'*assessment* come *accertamento*, ossia come valutazione del bisogno e del rischio. Quando si parla di questo tipo di *assessment* si intende la raccolta e l'analisi delle informazioni volte ad accertare la situazione di una persona o un nucleo familiare. La raccolta delle informazioni riguarda fatti rilevabili il più possibile in maniera oggettiva: il reddito, la scolarità, l'occupazione lavorativa, la condizione abitativa e altro. Inoltre, ritiene importante anche la percezione che l'utente ha di se stesso, della propria situazione e

²² M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2005, p. 280.

²³ M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di servizio sociale*, op.cit., p. 764.

²⁴ M. L. Raineri, *Assistente sociale domani. Volume 1*, Centro Studi Erickson, Trento, 2011, p. 95.

²⁵ L. Raineri, *Assistente sociale domani. Volume 1*, op. cit., p. 96-100.



dell'ambiente sociale e fisico che lo circonda. Consiste in una valutazione professionale dell'operatore che può mirare allo sviluppo di un processo di aiuto o semplicemente può costituire l'esclusiva elaborazione della situazione approfondita.

In particolare l'assessment *del bisogno* è orientato a valutare quale sia il bisogno prevalente di una particolare persona, famiglia o comunità perché questi esplicitino le proprie *capabilities*²⁶. L'assessment *del rischio* è invece il processo finalizzato a prevenire che un dato fatto o una situazione pericolosa si verifichi, compromettendo il benessere una determinata persona o collettività. In tale ambito si è fatto riferimento all'approccio teorico e metodologico proposto da Paola Di Blasio²⁷.

Le tipologie di assessment succitate si inseriscono nei vari passaggi fondamentali di un procedimento metodologico di assessment. Innanzitutto si è riflettuto sull'opportunità di identificare cinque fasi per la definizione della diagnosi sociale del nucleo familiare oggetto dell'indagine socio familiare:

1. Definizione del *contesto*, dei *tempi* e dei *soggetti coinvolti*.
2. Definizione delle *Unità di analisi* e dei *Criteri* oggetto dell'assessment.
3. Individuazione degli *Strumenti* e delle *Tecniche* utili per l'assessment di ciascuna Unità di analisi.
4. Definizione degli *Indicatori* delle Unità di analisi e compilazione di una *Griglia valutativa* conclusiva.
5. *Diagnosi sociale*.

Le *Unità di analisi* sono utili per racchiudere in categorie di riferimento le informazioni che vengono raccolte nella seconda fase dell'indagine socio familiare. Le *Unità di analisi* sono state scelte in base alla specificità della funzione del ruolo dell'assistente sociale, ossia le informazioni di tipo descrittivo possono essere rilevate mediante l'utilizzo di strumenti e

²⁶ Amartya Sen le definisce l'insieme delle risorse relazionali di cui una persona dispone, congiunto con le sue capacità di fruirne e quindi di impiegarle operativamente. A. K. Sen, *La disuguaglianza. Un riesame critico*, Il Mulino, Bologna, 2000, p. 156.

²⁷ P. Di Blasio, *Tra rischio e protezione*, Edizioni Unicopli, Milano, 2005.



tecniche professionali specifiche, al fine di effettuare in ultimo l'assessment delle stesse informazioni raccolte. Per ogni unità di analisi vanno appunto approfonditi gli strumenti, le tecniche professionali e gli indicatori individuati.

Le **Unità di analisi** oggetto del percorso di assessment sono:

1. Anamnesi anagrafica.
2. Storia personale e familiare.
3. Rete familiare e sociale.
4. Ciclo di vita della famiglia (eventi critici).
5. Contesto abitativo.
6. Carriera lavorativa e scolastica dei genitori.
7. Il minore.
8. Il rapporto genitore-figlio.

I criteri a cui è fatto riferimento per l'individuazione degli strumenti professionali utili allo svolgimento dell'assessment sono i seguenti:

1. il modello *process-oriented* per lo studio dei *fattori di rischio e dei fattori protettivi* nella valutazione del parenting approfondito da Paola Di Blasio.
2. Il *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*²⁸ (Quadro per la valutazione dei bambini in difficoltà e le loro famiglie) elaborato dal Dipartimento di Salute, dal Ministero dell'Istruzione e del Lavoro e dal Ministero degli Interni del Regno Unito.

«La concezione basata sui fattori di rischio e protettivi si propone di far emergere non solo le caratteristiche e le peculiarità familiari che mettono a rischio il bambino, rendendo

²⁸ Department of Health, *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*, The Stationery Office Ltd, United Kingdom, 2000.



eventualmente necessaria la sua tutela, ma anche le potenzialità e le risorse residue che potrebbero contrastare o ridurre l'impatto dei fattori negativi»²⁹. I fattori di rischio vengono considerati come l'esposizione a esperienze negative di tipo cronico o acuto, che possono incidere lentamente sul benessere psicofisico della persona e/o si presentano in forma di avvenimenti improvvisi e traumatici.

I fattori protettivi sono correlati al concetto di risorsa, ossia agli aspetti tangibili di cui dispongono gli individui, rilevandone anche il tipo interazione (ad es. le relazioni instaurate, la qualità dell'ambiente e delle persone con cui il soggetto entra in contatto ecc...). In ultimo, ai fattori protettivi vanno associati in modo rilevante i *processi protettivi*, ossia il modo in cui i fattori protettivi agiscono in condizioni di rischio.³⁰

Gli indicatori sono stati delineati in relazione alla suddivisione riportata da Di Blasio, ovvero tra:

1. *Fattori di rischio distali*, ossia quei fattori che esercitano «un'influenza indiretta e rappresentano l'humus³¹ su cui vengono ad innescarsi altri elementi più vicini e prossimi all'esperienza di cui sono intessute le relazioni. [...] Introducono elementi di fragilità e debolezza che rendono le famiglie e gli individui più vulnerabili e impoveriscono le loro capacità di far fronte agli ostacoli e alle difficoltà»³².
2. *Fattori prossimali* «coincidono con le esperienze del quotidiano (“day to day”) e si riferiscono a caratteristiche individuali o ambientali, oppure a eventi che esercitano un'influenza diretta nelle relazioni, sono percepibili soggettivamente e investono lo spazio di vita, le emozioni e i comportamenti quotidiani». Questi possono essere di due tipi:
 - a) *di rischio*, contribuiscono a potenziare il rischio, nel senso che ne amplificano l'effetto;
 - b) *protettivi*, contribuiscono a ridurre la portata dei fattori di rischio.³³

²⁹ P. Di Blasio, *Tra rischio e protezione*, op. cit., p. 25-25.

³⁰ A. S. Masten, M. J. Reed, *Resilience in Development*, in C.E. Snyder, S.J. Lopez, *Handbook of Positive Psychology*, Oxford University Press, Oxford, 2002, p. 76.

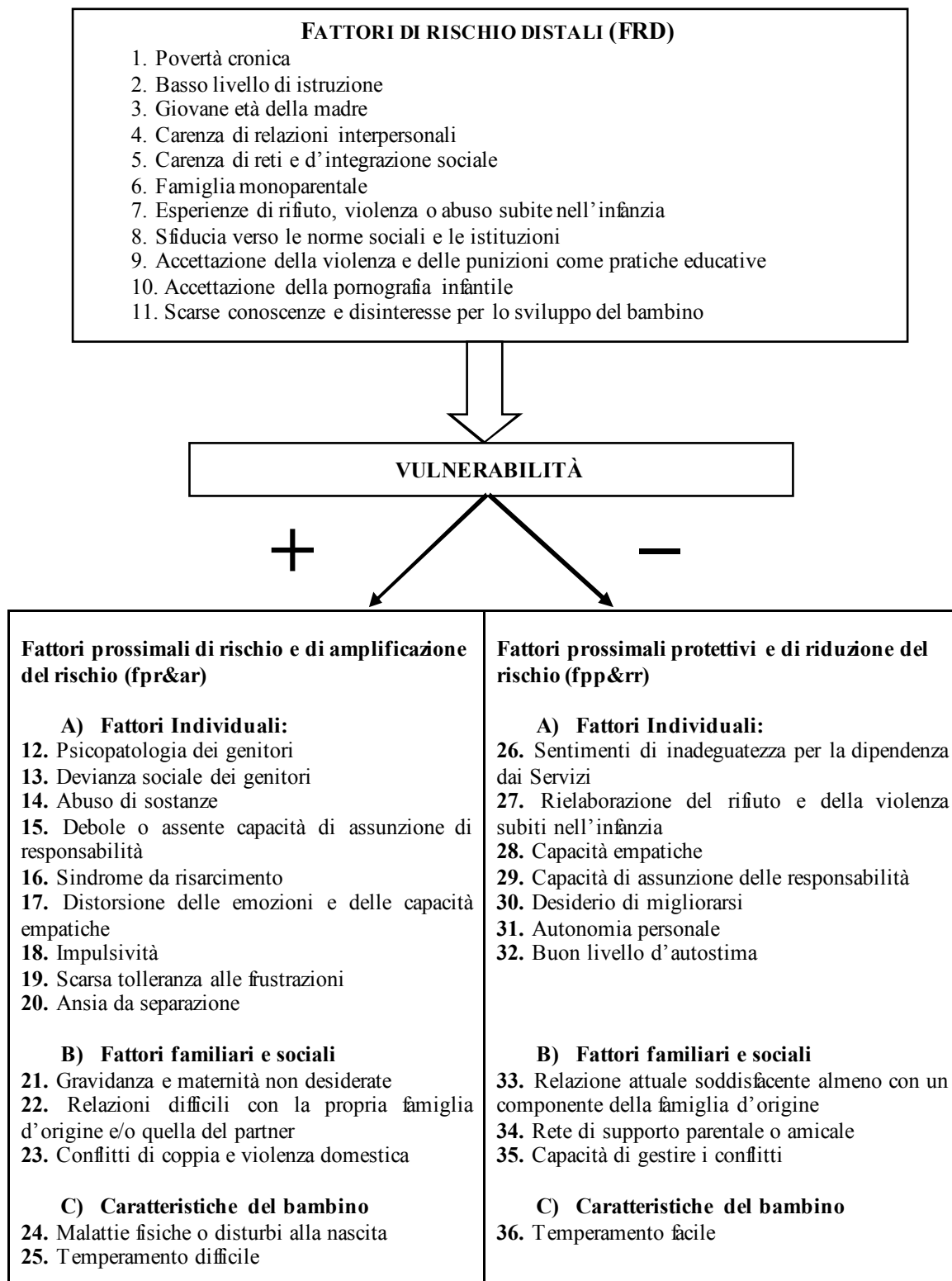
³¹ Si intenda, in modo figurativo, il complesso di fattori culturali, spirituali ecc... da cui qualcosa può trarre origine.

³² P. Di Blasio, *Tra rischio e protezione*, op. cit., p. 30.

³³ P. Di Blasio, *Tra rischio e protezione*, op. cit., p. 30.



Schema n. 1 – Fattori di rischio e protettivi³⁴



³⁴ P. Di Blasio, *Tra rischio e protezione*, op. cit., p. 31.



Il *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (da ora in poi verrà utilizzata la sigla FACNF per indicarlo) è stato elaborato per riorganizzare i servizi locali inglesi di protezione dell'infanzia e per consentire agli operatori sociali di svolgere i loro compiti di analisi, valutazione e decisione delle famiglie e dei minori seguendo l'approccio “*evidence based*”, cioè basati sull'evidenza. In particolare la FACNF si basa sull'importanza di esplorare la parte teorica dell'argomento, utile per avviare l'attività di ricerca che porti all'individuazione di pratiche professionali da seguire. In particolare fanno riferimento al complesso di teorie esplicitate da diverse discipline che attribuiscono, all'interazione tra fattori interni ed esterni, la crescita e lo sviluppo delle persone. In particolare viene identificato, come carattere distintivo dell'identità professionale dell'assistente sociale, la capacità di conoscere ed integrare il mondo interiore dell'individuo e l'ambiente in cui lo stesso è inserito. Il FACNF è risultato utile per l'individuazione di indicatori e scale da tener presente per l'assessment del minore e dei suoi genitori.

Il Quadro di Assessment (*The Assessment Framework*) viene rappresentato in forma di triangolo o piramide ponendo appunto il benessere del minore al centro. Questo sta a significare che tutte le attività di assessment e di successiva pianificazione ed erogazione dei servizi devono essere svolte per garantire la promozione e la salvaguardia del benessere del minore. Al professionista viene richiesto di raggiungere una conoscenza approfondita su tre aree considerate importanti per lo sviluppo di tutti i minori:

- a. le esigenze di sviluppo dei minori;
- b. le capacità dei genitori o tutori di rispondere in modo adeguato a tali esigenze;
- c. l'impatto della rete familiare e dei fattori ambientali sulle capacità genitoriali e dei minori.

La definizione degli indicatori concerne l'ultima fase della riorganizzazione e analisi delle informazioni raccolte. Gli indicatori sono stati individuati partendo dall'analisi dei *fattori di rischio e dei fattori protettivi* proposti da Di Blasio. Ad ogni strumento professionale sono stati associati specifici fattori di rischio e fattori protettivi e i rispettivi indicatori. È utile chiarire che ogni indicatore va rintracciato nel fatto, nell'atteggiamento e/o comportamento, nell'azione, nell'emozione e in ogni altro elemento derivato dall'osservazione effettuata dall'operatore o dai



fatti riferiti dallo stesso utente. L'indicatore è l'unità di misura del fattore di rischio e/o protettivo individuato.

La definizione della diagnosi sociale è insita appunto nel procedimento metodologico proposto, ossia la diagnosi sociale può essere di fatti effettuata in ogni unità di analisi. Associare le informazioni e i dati raccolti ai fattori di rischio consente di individuare gli indicatori caratterizzanti il caso. Il percorso di assessment si conclude con la lettura sistematica della griglia valutativa per l'esplicitazione descrittiva della diagnosi sociale. Seguendo la griglia valutativa così come è stata costruita, si possono appunto rilevare la presenza o meno, per ciascuna fase o unità di analisi, dei fattori di rischio e dei fattori protettivi con i rispettivi indicatori.

In ultimo la relazione da redigere a conclusione dell'indagine socio familiare per informare l'autorità giudiziaria su quanto rilevato, può essere strutturata seguendo la differenziazione delle unità di analisi sovraesposte. Si potrebbe includere una parte prettamente *descrittiva*, contenente quanto riferito dall'utente e/o osservato dall'operatore, e una parte *valutativa*, ossia di rilettura degli elementi presenti nella griglia valutativa. Nelle conclusioni della relazione sociale può essere riportata la diagnosi sociale effettuata e una proposta di strategia di miglioramento.

In conclusione non si può affermare di aver realmente esaurito l'attività di approfondimento della tematica in questione. Si ritiene che il lavoro brevemente presentato possa essere solo un punto di partenza da cui avviare una profonda riflessione sul tema, data la complessità che caratterizza il lavoro dell'assistente sociale con il minore e la sua famiglia.

Tale complessità richiede al professionista di avere una buona padronanza della normativa in vigore, delle proprie responsabilità e delle metodologie professionali. Una maggiore sistematizzazione di queste ultime potrebbe far sentire il professionista più sicuro nella predisposizione degli interventi, al fine di rendere gli stessi più efficaci e ridurre la possibilità di errore, data la dinamicità dello specifico ambito di intervento. La comunità professionale potrebbe garantire maggiore spazio alla riflessione e allo studio della pratica professionale per poter iniziare ad impostare appropriati procedimenti metodologici.



Schema n. 2 – La griglia valutativa

FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI -FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
Contesto e soggetti coinvolti	1. Rilevazioni dati di contatto fonti extrafamiliari e servizi specialistici 2. Report per attivare e governare la rete	5. Carenza di reti e d'integrazione sociale			a. carenza di servizi territoriali	
Anamnesi anagrafica	3. Le informazioni anagrafiche	8. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni	15. Debole o assente capacità di assunzione di responsabilità 16. Sindrome da risarcimento	29. Capacità di assunzione delle responsabilità 31. Autonomia personale 32. Buon livello d'autostima	a. incapacità di assumersi la responsabilità b. sentimenti diffusi e pervasivi di aver subito un'ingiustizia e di aver diritto ad un risarcimento misconoscimento e deformazione dei concetti di giustizia e punizione c. confuse emozioni di colpa attribuite a sé e ad altri d. atteggiamenti globali ed indifferenziati di delega ostile verso le istituzioni, senza alcun obbligo di reciprocità e. famiglia nega che l'azione trascurante e/o abusante sia realmente avvenuta	a. riconoscimento e segnalazione di eventi da parte di componenti del nucleo familiare d'origine b. superamento di un primo momento di negazione, riconoscendo la propria responsabilità c. capacità di chiedere aiuto senza sentirsi svalutati d. autostima
Storia personale e familiare	4. Genogramma	3. Giovane età della madre 7. Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia 8. Sfiducia verso le	13. Devianza sociale dei genitori 14. Abuso di sostanze 15. Debole o assente capacità di	27. Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia 28. Capacità empatiche	a. alta frequenza di legami conflittuali b. elevato numero di nuovi matrimonio contratti c. elevato numero di divorzi nel nucleo familiare di origine	a. alta frequenza di legami non conflittuali b. numero scarso di separazioni e divorzi nel nucleo familiare d'origine c. capacità di riflettere sulla propria storia,



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
		norme sociali e le istituzioni	assunzione di responsabilità 16. Sindrome da risarcimento 17. Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche 18. Impulsività 19. Scarsa tolleranza alle frustrazioni 20. Ansia da separazione	29. Capacità di assunzione delle responsabilità 30. Desiderio di migliorarsi 31. Autonomia personale 32. Buon livello d'autostima	d. separazione/divorzio dei nonni del bambino e. difficoltà di assumersi le responsabilità f. scarsa empatia e capacità riflessiva g. sviluppo di un' inadeguata capacità di interiorizzare le norme h. abuso di droghe e alcol i. l'adulto attribuisce la causa e la colpa dell'azione ad altri j. sentimenti di forte dipendenza con i membri della propria famiglia d'origine k. le reazioni alle esperienze di separazione sono di ansia e rabbia inappropriate	riconoscendo sia gli eventi che le emozioni positive e negative d. capacità di comprendere emozioni, reazioni e punti di vista degli altri anche se divergono dai propri e. desiderio espresso di essere migliore rispetto alle generazioni precedenti f. possibilità di fare scelte non compiacenti con la volontà della famiglia di origine senza sensi di colpa g. desiderio di trasmettere i propri modelli ai figli
Rete familiare e sociale	5. Ecomappa 6. Lista dei membri delle reti 7. Mappa di Todd	4. Carenza di relazioni interpersonali 5. Carenza di reti e d'integrazione sociale 8. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni	22. Relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o quella del partner	33. Relazione attuale soddisfacente almeno con un componente della famiglia d'origine 34. Rete di supporto parentale o amicale	a. scarso numero di legami sociali b. alta frequenza relazioni conflittuali c. scarsi gruppi sociali di interazione del bambino d. conflitto silente e. mancanza di reti amicali f. carenza di servizi territoriali g. interruzione rapporto con i servizi per interventi impropri degli stessi h. interruzione rapporto con i servizi per negazione di eventi	a. elevato numero di legami sociali b. scarsa frequenza relazioni conflittuali c. ampia numerosità di gruppi sociali di interazione del bambino d. disponibilità all'aiuto concreto da parte della famiglia di origine e. esistenza di una relazione affettiva con un componente del nucleo seppur in assenza di vicinanza fisica f. capacità di condividere



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
						<p>esperienze intime ed emotive</p> <p>g. capacità di discernimento delle persone di cui fidarsi</p> <p>h. capacità di superare le divergenze e i conflitti</p> <p>i. trasmissione ai figli del valore delle relazioni umane</p> <p>j. capacità di instaurare relazioni di fiducia, confidenza e supporto</p>
Ciclo di vita della famiglia (eventi critici)	<p>8. Tabella “<i>eventi critici</i>”</p> <p>9. Questionario “<i>Eventi Critici</i>”</p>	<p>1. Povertà cronica</p> <p>2. Basso livello di istruzione</p> <p>6. Famiglia monoparentale</p> <p>9. Accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative</p> <p>10. Accettazione della pornografia infantile</p>	<p>21. Gravidanza e maternità non desiderate</p> <p>23. Conflitti di coppia e violenza domestica</p>	<p>26. Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai Servizi</p> <p>27. Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell’infanzia</p> <p>35. Capacità di gestire i conflitti</p>	<p>a. caratteristiche disfunzionali della relazione di coppia</p> <p>b. presenza assenza di legami irrisolti con le rispettive famiglie di origine</p> <p>c. congruenza/incongruenza nella ricostruzione della propria infanzia nel rapporto con i propri genitori</p> <p>d. riconoscimento e consapevolezza delle carenze subite e della propria sofferenza.</p>	<p>a. consapevolezza impatto degli eventi negativi sulla propria vita</p> <p>b. riconoscere e desiderare la temporaneità dei dati di realtà che hanno determinato l’inserimento nel circuito assistenziale</p> <p>c. saper coinvolgere l’altro nel processo cooperativo che mira risolvere il problema</p> <p>d. si focalizza sul problema e non sulla persona che lo esprime</p> <p>e. ricerca strategie che mettano l’altro nella condizione di salvare la faccia e di mantenere una buona immagine di sé</p>
Contesto abitativo	10. Tabella “ <i>carriera abitativa</i> ”	<p>1. Povertà cronica</p> <p>2. Basso livello di</p>	15. Debole o assente capacità di	29. Capacità di assunzione delle	a. condizione economica precaria	a. ricerca di una casa più confortevole



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
	11. Scheda di rilevazione e osservazione per la visita domiciliare	istruzione 6. Famiglia monoparentale 11. Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino	assunzione di responsabilità 17. Distorsione delle emozioni e delle capacità empatiche 18. Impulsività 20. Ansia da separazione 22. Relazioni difficili con la propria famiglia d'origine e/o quella del partner 24. Malattie fisiche o disturbi alla nascita 25. Temperamento difficile	responsabilità 30. Desiderio di migliorarsi 31. Autonomia personale 34. Rete di supporto parentale o amicale	b. elementi disorganizzazione c. difficoltà di assumersi le responsabilità d. difficoltà organizzative e psicologiche nella cura e nell'investimento affettivo sui figli e. scarsa attitudine alla protezione da pericoli fisici, ambientali e psicologici f. emozioni di stress, ansia e sofferenza altrui possono suscitare reazioni di evitamento o di rifiuto aggressivo g. reazione d'ira o di frustrazione di fronte al pianto del bambino h. scarsa ansia anticipatoria i. posizioni di potere di partner j. l'effetto del conflitto sui figli	b. attenzione alla cura di aspetti organizzativi e di programmazione sia personali che familiari c. propensione a sentirsi parte di un nucleo con obiettivi comuni d. superamento di un primo momento di negazione, riconoscendo la propria responsabilità e. capacità di chiedere aiuto senza sentirsi svalutati f. capacità di superare le divergenze e i conflitti g. buona competenza nella gestione delle relazioni sociali
Carriera lavorativa e scolastica dei genitori	12. Carriera scolastica dei genitori 13. Carriera lavorativa dei genitori	1. Povertà cronica 2. Basso livello di istruzione 3. Giovane età della madre 5. Carenza di reti e d'integrazione sociale 7. Esperienze di rifiuto, violenza o abuso subite nell'infanzia	13. Devianza sociale dei genitori 14. Abuso di sostanze 15. Debole o assente capacità di assunzione di responsabilità 18. Impulsività 19. Scarsa tolleranza alle frustrazioni	29. Capacità di assunzione delle responsabilità 30. Desiderio di migliorarsi 31. Autonomia personale 32. Buon livello d'autostima 35. Capacità di gestire i conflitti	a. propensione ad esporsi a rischi e a nuove esperienze negative autoinflitte o perpetrate su altri b. condizione economica precaria c. elementi della cronicità d. incapacità della gestione del budget da parte di entrambi i genitori e. elementi disorganizzazione f. interruzione precoce scuola dell'obbligo	a. superamento di un primo momento di negazione, riconoscendo la propria responsabilità b. acquisizione di un titolo di studio di livello superiore c. ricerca attiva del lavoro d. puntualità e precisione nello svolgere il proprio lavoro e. consapevolezza delle proprie abilità e dei propri



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
					g. trascuratezza subita nell'infanzia h. difficoltà a comprendere istruzioni e prassi mediche/sanitarie i. scarsa dimestichezza con le fonti di apprendimento j. errori e omissioni nella cura dei figli k. vergogna nel dichiarare incompetenza l. insufficienti competenze cognitive m. bassi livelli di autostima n. carenza di servizi territoriali o. scarsa conoscenza delle regole e norme sociali p. inosservanza e violazione dei diritti degli altri q. l'adulto attribuisce la causa e la colpa dell'azione ad altri r. ridotta capacità di evitamento del pericolo	limiti f. autostima professionale g. saper coinvolgere l'altro nel processo cooperativo che mira risolvere il problema
Il minore	14. Modalità di svolgimento e registrazione del colloquio con il minore 15. Situazione scolastica del minore	11. Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino	24. Malattie fisiche o disturbi alla nascita 25. Temperamento difficile	36. Temperamento facile	a. figlio privato della dignità della persona b. figlio concepito in termini di possesso c. figlio percepito come un essere incompleto da modellare e da plasmare d. mancanza di curiosità, d'attenzione e un'incapacità di osservazione e. consistente e sistematica	a. capacità di attenzione e ascolto del bambino b. capacità di contenimento emotivo c. capacità di mettere in parola sentimenti, emozioni, esperienze d. il b. acquisisce rapidamente una regolarità nelle funzioni biologiche e di



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
					<p>confusione su come interpretare i segnali positivi o negativi del bambino</p> <p>f. difficoltà a promuovere la salute di fisica del figlio</p> <p>g. difficoltà ad anticipare le condizioni ambientali di pericolo e a prevenirle</p> <p>h. scarsa attitudine alla protezione da pericoli fisici, ambientali e psicologici</p> <p>i. livelli più elevati di stress sulle famiglie con bambini disabili, dovuti a sentirsi impreparati e alle difficoltà organizzative ed economiche che comporta</p> <p>j. irregolarità delle funzioni biologiche del b.</p> <p>k. prevalenza di reazioni di ritiro di fronte a situazioni nuove da parte del b.</p> <p>l. lentezza del b. nell'adattarsi ai cambiamenti</p> <p>m. umore prevalentemente negativo del b.</p> <p>n. risposte di intensità elevata del b.</p>	<p>adattamento all'ambiente</p> <p>e. il b. promuove l'espressione di risposte emotive positive a nuove situazioni</p>
<p>Il rapporto genitore-figlio</p>	<p>16. PPCP 17. Questionario "problemi quotidiani con i figli"</p>	<p>9. Accettazione della violenza e delle punizioni come pratiche educative 10. Accettazione</p>	<p>15. Debole o assente capacità di assunzione di responsabilità 17. Distorsione delle emozioni e</p>	<p>28. Capacità empatiche 29. Capacità di assunzione delle responsabilità 32. Buon livello</p>	<p>a. assenza di riconoscimento dei bisogni psicologici e di accudimento del bambino b. assenza dei confini generazionali c. incapacità della coppia di</p>	<p>a. presenza di riconoscimento dei bisogni psicologici e di accudimento del bambino b. presenza dei confini generazionali</p>



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
		della pornografia infantile 11. Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del bambino	delle capacità empatiche 18. Impulsività 19. Scarsa tolleranza alle frustrazioni 20. Ansia da separazione 21. Gravidanza e maternità non desiderate 23. Conflitti di coppia e violenza domestica	d' autostima	mantenere i confini generazionali con i figli d. rigidità delle relazioni affettivo-educative nei confronti dei figli	c. flessibilità delle relazioni affettivo-educative nei confronti dei figli d. qualità dei legami nella fratria e. comprensione e co-partecipazione alla sofferenza del figlio f. capacità di comprensione del danno arrecato al figlio g. riconoscimento comportamenti pregiudizievoli h. attivazione comportamenti riparativi i. capacità iniziale di condividere un progetto d' aiuto j. diversi livelli di autostima
Restituzione ai genitori e al minore		8. Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni	15. Debole o assente capacità di assunzione di responsabilità 16. Sindrome da risarcimento	29. Capacità di assunzione delle responsabilità 30. Desiderio di migliorarsi 32. Buon livello d' autostima 35. Capacità di gestire i conflitti	a. incapacità di riconoscere di aver provocato un danno al figlio b. famiglia nega che l'azione trascurante, abusante e violenza sia realmente avvenuta c. l'adulto attribuisce la causa e la colpa dell'azione ad altri d. incapacità di assumersi la responsabilità determina ulteriori forme di vittimizzazione del minore	a. collaborazione dei genitori con gli operatori b. rispetto delle regole del setting c. partecipazione attiva agli incontri d. accoglimento delle indicazioni degli operatori e. riconoscere di aver contribuito e aver determinato un danno f. desiderio espresso di essere migliore rispetto



FASE / UNITÀ DI ANALISI	STRUMENTO PROFESSIONALE	FATTORI DI RISCHIO DISTALI - FRD -	FATTORI PROSSIMALI DI RISCHIO - FPR&AR -	FATTORI PROSSIMALI PROTETTIVI - FPP&RR -	INDICATORI DI RISCHIO	INDICATORI PROTETTIVI
					e. sentimenti diffusi e pervasivi di aver subito un'ingiustizia e di aver diritto ad un risarcimento ma in maniera aleatoria e non connessa ad elementi oggettivi f. confuse emozioni di colpa attribuite a sé e ad altri g. atteggiamenti globali ed indifferenziati di delega ostile verso le istituzioni	alle generazioni precedenti



CONCLUSIONI

L'esperienza condivisa dal gruppo anche se impegnativa è stata assolutamente positiva.

Si ritiene il lavoro avviato un punto di partenza proprio per gli aspetti rappresentati in premessa: ristrettezza dei tempi a disposizione, eterogeneità dei contesti professionali di appartenenza.

Numerosi sono stati gli stimoli a partire dalla bibliografia di base che è stata arricchita dai contributi di ogni partecipante di cui si allega l'elenco. Documentazione che richiederebbe tempi e spazi adeguati per lo studio, la riflessione ed il confronto circa i contenuti tecnico-professionali.

In tal senso si sottolinea che la metodologia dei sottogruppi, ove possibile, ha rappresentato una strategia funzionale.

Il confronto tra colleghe è stato stimolante sia dal punto di vista teorico che dal punto di vista delle buone prassi.

L'auspicio è quello di avere in seguito ulteriori possibilità di formazione e spazi di supervisione per poter approfondire aspetti teorici ed operativi tenendo presente le caratteristiche dei diversi contesti istituzionali di appartenenza.



ELENCO DOCUMENTAZIONE

Documentazione fornita da Angela Paparella; il simbolo * indica i testi che si ritengono maggiormente attinenti al lavoro di gruppo.

*DE BLASIO P., (2005), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Unicopli

Il testo tratta le definizioni di fattori di rischio e protezione in relazione alla valutazione delle competenze genitoriali

ARDESI S., FILIPPINI S., (2008), *Il servizio sociale e le famiglie con minori*, Roma, Carocci

Il testo è utile a coloro che per motivi di studio o di lavoro devono approcciare con i servizi sociali dedicati ai minori e alla famiglia

*ORDINE ASSISTENTI SOCIALI MARCHE, *Report del gruppo di lavoro il servizio sociale professionale nel settore dei minori e della famiglia*

Il testo definisce le specifiche competenze in ambito minorile dei diversi servizi presenti sul territorio marchigiano

CISMAI, *Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*

Il testo definisce alcuni tra i criteri relativi alla rilevazione delle competenze genitoriali ed alla possibilità di recupero delle medesime è riferita “a tutte le forme di cattiva salute psico-fisica che comportano un pregiudizio per la salute e lo sviluppo psicofisico del bambino.

ORDINE ASSISTENTI SOCIALI LAZIO *Composizioni Sociali Percorsi di approfondimento 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*



Il testo propone una riflessione sulle “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/contesto affettivo che chiamiamo famiglia”

*ZANCAN, Quaderni DELLA RICERCA SOCIALE RISC *Rischio per l’Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo* Rapporto finale a cura di Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato Progetto finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali N°12

PAPARELLA A., *Tesi di laurea magistrale in servizio sociale Capitolo 3 Il procedimento metodologico*

Il testo ripercorre il procedimento metodologico della professione di servizio sociale, effettua una disamina dei fattori di protezione e di rischio, evidenzia tra le diverse funzioni e attività la valutazione del rischio

*Documentazione fornita da Maria Koch; il simbolo * indica i testi che si ritengono maggiormente attinenti al lavoro di gruppo.*

*NEVE E., *Rischi e timori di tecnicismo nell’uso di strumenti di valutazione professionale*

L’articolo presenta spunti di riflessione nell’ambito della valutazione dell’efficacia degli interventi dei servizi alla persona, tenendo presente la difficile gestione della complessità all’interno dei servizi ed il rischio di cadere nel tecnicismo. Da qui la necessità di monitorare la produzione dei servizi e valutarne i risultati calibrando modalità e strumenti in relazione al sistema organizzativo degli stessi

*UIM ASL RME *Scheda di Valutazione Multidimensionale per la progettazione e il monitoraggio dei percorsi di inserimento e dimissione di minori in struttura residenziale*

La scheda (con il relativo manuale di utilizzo), è stata pensata come strumento per valutare l’evoluzione dei progetti di collocamento in casa famiglia. Quindi, seppure fotografa un contesto generale non si presta ad una valutazione di merito ma intende proporre una migliore progettazione degli interventi da attuare.



Manuale d'uso scheda di valutazione multidimensionale dicembre 2012. Fornisce indicazioni in merito all'utilizzo della scheda

*ASL RME, *Schede relative agli indicatori di rischio elaborati con le scuole e la asl.*

Documentazione fornita dall'ordine Assistenti Sociali Consiglio Regionale del Lazio; il simbolo

* indica i testi che si ritengono maggiormente attinenti al lavoro di gruppo.

CNOAS, *Linee guida per la regolazione dei processi di sostegno e allontanamento del minore*

ANIMAZIONE SOCIALE, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza/1*, n°266/12, pag. 37-82

L'articolo offre una riflessione a partire dalla rilevazione delle disuguaglianze sociali con particolare riferimento alla ricaduta sui bambini e ragazzi. "L'inchiesta è il racconto di un viaggio attraverso i vasti territori della trascuratezza con cui nel nostro Paese sono considerati i diritti dei minori, ma anche attraverso quelli dell'impegno con cui molti uomini e donne cercano di costruire percorsi di equità"

ANIMAZIONE SOCIALE, *I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza/2*, n°267/12, pag.41-90

L'articolo presenta la prosecuzione del "viaggio" intrapreso e raccontato nel precedente volume della rivista (266/12). In questa rivista gli autori si soffermano su una fase cruciale del processo di tutela, dopo che un bambino o un adolescente su disposizione della magistratura, viene allontanato dalla sua famiglia e collocato in affidamento familiare o in comunità.

*ZANCAN, Quaderni DELLA RICERCA SOCIALE RISC *Rischio per l'Infanzia e Soluzioni per Contrastarlo* Rapporto finale a cura di Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato Progetto finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali N°18

DE AMBROGIO U., BERTOTTI T., MERLINI F., (2008) *L'assistente sociale e la valutazione*, Roma, Carrocci

Il testo sviluppa il tema della valutazione nei diversi ambiti operativi dell'assistente sociale

Documentazione e Servizio Sociale

CABASSI A. E ZINI M. T., (2004), *L'assistente sociale e lo psicologo*, Roma, Carrocci.



INDICE

- Premessa	pag. 2
- Parte Prima “Aspetti etico / valoriali”	pag. 4
- Parte Seconda “Un’esperienza di monitoraggio del progetto d’intervento del minore in casa famiglia”	pag. 9
- Parte Terza “Fattori di rischio correlati all’organizzazione del servizio”	pag. 16
- Parte Quarta “Quando l’assistente sociale è solo nell’esperienza di valutazione”	pag. 21
- Parte Quinta “Il lavoro in équipe nella valutazione”	pag. 25
- Parte Sesta “Riflessioni sul rischio di devianza in adolescenza”	pag. 34
- Parte Settima “Una riflessione sul procedimento metodologico per la diagnosi sociale nell’indagine socio familiare in ambito minorile”	pag. 44
- Conclusioni	pag. 61
- Elenco Documentazione	pag. 62