



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea specialistica (*ordinamento ex
D.M. 509/1999*)
in Politiche e Servizi Sociali

Tesi di Laurea

—
Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Nuovi scenari per i Servizi di Tutela Minori.

Un'esperienza di co-costruzione di modalità
innovative di progettazione individualizzata
dei casi nel territorio bresciano.

Relatore

Ch. Prof. Alessandro Battistella

Laureando

Elisa Gulmini

Matricola 810529

Anno Accademico

2011 / 2012

*A mio marito,
che con amore e pazienza
mi ha sostenuto anche in questo progetto.*

FILASTROCCA DEI FIGLI DEL MONDO

Tu figlio di chi sei? Son figlio di due stelle
Nel cielo ce n'è tante ma le mie son le più belle
Tu figlio di chi sei? Del sole e della luna
Non splendono mai insieme: cala l'altro e sorge una
Tu figlio di chi sei? Son figlio del villaggio
Dieci madri, venti padri, cento cuori di coraggio
Tu figlio di chi sei? Di un grande albero solo
Ma così alto e forte che da lui io spicco il volo
Tu figlio di chi sei? Di un amore, di un viale
Di un bue e di un asinello, di un dio, di un ospedale
Il nostro nome è uomini, siamo figli e figliastri
Di altri figli degli uomini, della terra e degli astri

Di Bruno Tognolini, dal libro-bibliografia sulla famiglia "Dipende da come mi abbracci", Libreria Tuttestorie e Assessorato alle Politiche Giovanili del Comune di Cagliari, novembre 2007.

INDICE

Introduzione	Pag. 7
1. La storia dei servizi per la Protezione e Tutela dei Minori in Italia.	Pag. 12
1.1. L'evoluzione culturale in Italia della protezione dell'infanzia attraverso i mutamenti di tre grandi "sistemi": la famiglia, il sistema di welfare e la magistratura.	Pag. 13
1.1.1. Anni '80: l'emersione del problema del maltrattamento all'infanzia.	Pag. 14
1.1.2. Anni '90: la nascita di servizi pubblici sociosanitari specializzati nella tutela dei minori.	Pag. 19
1.1.3. Primi Anni 2000: il fenomeno del ritiro delle deleghe da parte dei Comuni alle Asl.	Pag. 23
1.1.4. Il metodo della ricerca-azione: una scelta epistemologica per ascoltare la complessità.	Pag. 26
1.2. Il nuovo DNA della Giustizia Minorile.	Pag. 28
1.2.1. La relazione tra Magistratura e Servizi: da "grande madre" a "torre d'avorio".	Pag. 30
1.3. La "creatività" organizzativa negli attuali Servizi Tutela Minori.	Pag. 31
1.3.1. Il modello operativo dei servizi tutela minori in senso stretto.	Pag. 33
1.3.2. Il modello operativo dei servizi tutela minori in senso ampio.	Pag. 33
1.4. La sperimentazione di servizi specialistici di secondo livello.	Pag. 35
1.4.1. Un Progetto Pilota della Regione Veneto: i Centri Provinciali di contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale.	Pag. 36
2. La Progettazione e la valutazione nel sociale: aspetti teorico metodologici e dimensioni di processo	Pag. 39
2.1. Cos'è la progettazione sociale?	Pag. 39
2.1.1. Le caratteristiche della progettazione <i>nel</i> sociale.	Pag. 41
2.2. Programmazione, pianificazione e progettazione: i tre termini della cultura programmatica.	Pag. 44
2.3. Le tappe di un progetto.	Pag. 47
2.4. I diversi approcci alla progettazione.	Pag. 49
2.4.1. L'approccio sinottico – razionale.	Pag. 51
2.4.2. L'approccio concertativo o partecipato.	Pag. 53
2.4.3. Una strada promettente: la progettazione sociale partecipata.	Pag. 55

2.4.4	L'approccio euristico.	Pag. 57
2.5	La valutazione nel sociale: un bisogno endogeno o una necessità?	Pag. 59
2.5.1	Le definizioni di valutazione.	Pag. 60
2.5.2	Il processo di valutazione: valutazione ex ante, in itinere, ex post.	Pag. 62
2.5.3	I principi fondamentali per una valutazione metodologicamente corretta.	Pag. 65
2.5.4	Il percorso di costruzione del disegno di valutazione.	Pag. 66
3.	Dalla teoria alla prassi: un'esperienza di co-costruzione di uno strumento professionale per la gestione del servizio Tutela Minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria dell'ASL di Brescia e dell'Ambito n°1.	Pag. 69
3.1.	Il fenomeno del ritiro delle deleghe nel territorio bresciano.	Pag. 71
3.2.	Il Servizio Minori del Comune di Brescia: i bisogni del territorio e le risposte dell'Ente Locale.	Pag. 74
3.2.1.	Il Servizio di Prevenzione e Promozione.	Pag. 76
3.2.2.	Il Servizio Tutela Minori.	Pag. 78
3.3.	Le diverse tappe dell'integrazione dei servizi socio-sanitari bresciani nella tutela minori.	Pag. 81
3.3.1.	Gli aspetti innovativi del nuovo Protocollo d'Intesa tra ASL di Brescia e Ambito n.1.	Pag. 85
3.4.	La fase di avvio del percorso formativo per le équipes integrate.	Pag. 86
3.4.1.	Il gruppo di lavoro "integrato": motivazioni e aspettative rispetto al percorso.	Pag. 87
3.4.2.	Il confronto tra due culture organizzative come punto di partenza per l'integrazione.	Pag. 89
3.4.3.	La progettazione di strumenti professionali condivisi: cominciare da una metodologia partecipata.	Pag. 91
3.4.4.	La progettazione individualizzata nella prassi tradizionale del servizio: punti di forza e limiti.	Pag. 94
3.5.	La co-costruzione di due strumenti innovativi: la Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi e le Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori.	Pag. 98
3.5.1	L'indagine sociale: la raccolta delle informazioni generali.	Pag. 99
3.5.2	L'analisi del problema e delle le risorse.	Pag. 101
3.5.3	La definizione della possibile strategia di intervento.	Pag. 104
3.5.4	La definizione del progetto individualizzato d'intervento.	Pag. 106

3.5.5	Il Disegno di Valutazione del Progetto Individualizzato.	Pag. 109
3.5.6	La dimensione valutativa nella prassi del Servizio Tutela Minori di Brescia.	Pag. 113
3.6	La de-costruzione delle prassi operative e la co-costruzione di nuovi strumenti di progettazione: gli esiti di questa esperienza.	Pag. 116
	Conclusioni.	Pag. 122
	Allegati	Pag. 127
	Allegato n. 1 “Il Protocollo d’intesa tra ASL di Brescia e ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”	Pag. 128
	Allegato n. 2 “La Scheda per la progettazione individualizzata dei casi”	Pag. 133
	Allegato n. 3 “Le Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori interessati da Provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”.	Pag. 141
	Allegato n. 4 “Intervista alla Responsabile del Servizio Minori del Comune di Brescia”.	Pag. 146
	Allegato n. 5 “Intervista alla Responsabile del Nucleo Tutela Minori dell’ASL di Brescia”.	Pag. 153
	Allegato n. 6 “Intervista a n. 2 Assistenti Sociali del Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia”.	Pag. 160
	Allegato n. 7 “Intervista a n. 3 Psicologi del Nucleo Tutela Minori dell’ASL di Brescia”.	Pag. 166
	Allegato n. 8 “Intervista alla Dr.ssa Cecilia Guidetti dell’Area “Progettazione Valutazione dei servizi sociali” dell’Istituto di Ricerca Sociale di Milano”.	Pag. 172
	Bibliografia	Pag. 181
	Sitografia	Pag. 189
	Ringraziamenti	Pag. 190

Introduzione

Prima di condurre il lettore nel cuore di questo lavoro di ricerca, vorrei evidenziare gli obiettivi perseguiti all'interno di questo percorso e le motivazioni che mi hanno portato ad interessarmi al tema della progettazione nell'ambito di uno specifico ramo del servizio sociale, ovvero la Tutela Minori.

Uno dei primi intenti che ha guidato la stesura di questa tesi, era quello di ricostruire la trama di una storia iniziata alcuni decenni fa e che nel tempo ha subito molte trasformazioni, ovvero quella dei servizi pubblici che in Italia si occupano della protezione e tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, allo scopo di comprendere meglio la cornice istituzionale, legislativa e sociale entro cui oggi si affronta il tema dei diritti dei minori, su quali risorse, saperi, sfide, si innestano gli interventi messi in atto a favore di questa fascia di popolazione e delle loro famiglie.

Riannodare i fili di questa storia, attraverso i diversi contributi offerti dalla letteratura specifica sull'argomento, può essere utile per gli operatori sociali impegnati sul campo, affinché possano essere più critici rispetto al presente e sufficientemente attrezzati per affrontare la complessità dei bisogni delle famiglie che arrivano oggi ai servizi, in forma più o meno esplicita e sui quali ci si confronterà anche nel prossimo futuro. L'assunto di fondo è che la società è in continua evoluzione, dal punto di vista sociale, economico e culturale (nuove e diverse composizioni familiari, l'impatto dei processi di globalizzazione sulla vita delle famiglie, l'isolamento sociale dovuto allo sgretolamento delle reti familiari e amicali di supporto, ne sono un esempio). Questi mutamenti vanno ad incidere sul grado di benessere o malessere delle famiglie e quindi sulla capacità "naturale" delle famiglie di proteggere e tutelare i propri figli assicurando loro il godimento di reali diritti di cittadinanza. E' proprio quando viene a mancare questa "naturale" capacità dei genitori di prendersi cura dei propri piccoli che intervengono i servizi per la Tutela dei Minori con il coinvolgimento della Magistratura, esercitando quindi una funzione pubblica di garanzia di opportunità e diritti per i figli e contemporaneamente di aiuto ai genitori affinché possano diventare genitori competenti.

La complessità della gestione delle funzioni di tutela, in capo agli operatori dei servizi (solitamente assistenti sociali, psicologi, educatori), è determinata quindi da una pluralità di dimensioni, da quella politica e istituzionale (vedi l'evoluzione nel tempo dell'organizzazione dei servizi per la tutela minori nel territorio), a quella dell'integrazione sociosanitaria e dell'interdisciplinarietà dell'intervento, alla difficoltà di intervenire in un contesto caratterizzato dall'incertezza e dalla scarsità di risorse, in cui è necessario disporre di competenze specialistiche per affrontare il dilemma protezione del bambino/cura del genitore.

Il primo capitolo è dedicato proprio all'approfondimento della storia dei Servizi per la Tutela Minori in Italia, in particolare dagli anni '80 ad oggi, con attenzione particolare all'evoluzione di tre grandi sistemi, ovvero la famiglia, il welfare e la magistratura, che hanno influenzato sia il concetto di "Tutela Minori" che l'organizzazione dei servizi territoriali.

A partire dalla constatazione del forte impegno richiesto agli operatori che lavorano a stretto contatto con situazioni così difficili, come quelle inerenti i casi di maltrattamento, abuso su minori, gravi trascuratezze e inadeguatezze genitoriali e con i sentimenti particolarmente intensi vissuti da tutti i protagonisti di queste storie familiari, in cui gli operatori devono saper gestire e contenere tali emozioni e reazioni, è maturata la spinta ad approfondire delle possibili piste di lavoro da seguire e sperimentare all'interno delle diverse culture organizzative impegnate in tale ambito.

In primo luogo si voleva far emergere, anche attraverso un contesto accademico, la sensazione, percepita ormai a livello diffuso tra i professionisti e che non può rimanere ancorata solamente a dei vissuti individuali, di operare all'interno di "servizi sotto assedio", utilizzando l'immagine di Manoukian¹, a sua volta presa a prestito da Bauman. Il senso di fatica e talvolta di inadeguatezza o di frustrazione vissuto dagli operatori, che devono affrontare situazioni familiari sempre più delicate e sempre più numerose in termini di carichi di lavoro, in presenza di risorse frammentarie e carenti, ha fatto sorgere dunque il desiderio di porsi in una prospettiva di ricerca di strade alternative, nella consapevolezza che offrire prestazioni professionali sempre più qualificate e in grado di preservare anche gli stessi operatori da obiettivi di cambiamento verso gli utenti a volte troppo ambiziosi, può consentire di ricollocare il significato della Tutela Minori come un concetto più ampio, che investe le responsabilità non solo dei singoli operatori o dei servizi territoriali, ma anche di tutta la società, che diventa più matura nella misura in cui, come afferma Morini, "i piccoli numeri (di disagio) sono segni di successo"².

È sembrato particolarmente interessante assumere, come possibile strada da percorrere all'interno dei servizi, per affrontare i nuovi scenari di grave disagio intrafamiliare che vedono coinvolti i minori, la dimensione della progettazione "nel" sociale, basata su una corresponsabilità, dei diversi attori, rispetto al raggiungimento degli obiettivi di cambiamento prefigurati.

Il secondo capitolo ha infatti l'obiettivo di approfondire il tema della progettazione e valutazione all'interno dei servizi sociali, attraverso i diversi approcci che possono essere assunti in tale processo, a seconda degli obiettivi di cambiamento perseguiti e della tipologia di organizzazione in cui si intende intervenire. La progettazione di interventi complessi nel sociale, sembra richiedere

¹ F. O. Manoukian, *Re/immaginare il Lavoro Sociale. Appigli per una nuova progettualità*, in "I Geki" di "Animazione Sociale", Supplemento al n. 1/2005, Gruppo Abele, Torino, 2005, pag. 7.

² L. Morini, *Tutela del minore, tutela della famiglia*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n°18/2007, pag. 11.

l'assunzione, da parte dei diversi soggetti coinvolti, di una metodologia partecipata che si sviluppa attraverso quella che De Ambrogio definisce "un'ottica progettuale e strategica"³, ovvero un atteggiamento di ricerca, di continua messa in discussione delle ipotesi di partenza e di attenzione verso i risultati di ogni singolo intervento.

Verranno inoltre presentate le diverse tappe del processo di progettazione e i principi metodologici che gli attori dovranno adottare per costruire un disegno di valutazione dei progetti sociali che sia utile a sviluppare nuovi apprendimenti e che permetta di riprogettare, sia che si tratti di valutare un caso, un servizio o, a livello più macro, una politica.

L'ipotesi da cui si è partiti nella stesura del terzo capitolo è che l'applicazione dei principi metodologici della progettazione e della valutazione, nella presa in carico di situazioni connotate da multiproblematicità e, nello specifico quando gli operatori devono attuare un provvedimento del Tribunale volto alla protezione e tutela di un minore, possa garantire lo sviluppo di nuove conoscenze e apprendimenti utili a qualificare le proposte d'intervento formulate agli utenti.

L'occasione per andare ad analizzare concretamente come la teoria sulla progettazione sociale possa intrecciarsi con la prassi dei servizi per la Tutela Minori, è stata offerta dall'esperienza di co-costruzione di strumenti professionali condivisi, condotta dal dott. Ugo De Ambrogio e dalla dr.ssa Cecilia Guidetti dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano tra giugno 2010 e maggio 2011, all'interno di un gruppo di lavoro composto dagli assistenti sociali del Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia (Ambito n°1) e dagli psicologi del Nucleo Tutela Minori dell'ASL di Brescia.

I cambiamenti organizzativi che si sono susseguiti all'interno dei servizi bresciani per la Tutela dei Minori, approfonditi nella parte iniziale del terzo capitolo, hanno influito notevolmente nell'evoluzione delle modalità di integrazione sociosanitaria, quindi tra ASL e Comune, nella presa in carico dei minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e questo ha portato i due enti ad individuare, nel corso del tempo, diverse forme di collaborazione, fino ad arrivare all'elaborazione dell'ultimo Protocollo d'intesa per la gestione del servizio tutela minori (2010). Proprio in virtù di questa nuova intesa tra ASL e Comune è sorta, a livello istituzionale, l'esigenza di andare a riesplorare metodologie di lavoro condivise tra assistenti sociali del Comune e psicologi dell'ASL che si occupano di tutela, attraverso una consulenza esterna in grado di condurre e coinvolgere in modo partecipato gli operatori nell'elaborazione di strumenti innovativi di progettazione congiunta sui casi.

Gli strumenti co-costruiti dal gruppo di lavoro sono stati: una "Scheda di progettazione individualizzata dei casi" e "Le Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria".

³ U. De Ambrogio, *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci Faber, Roma, 2003, pag. 27.

Il modello di lavoro che si è analizzato in questa tesi, utilizzato nel percorso formativo e che si è ipotizzato possa rappresentare un'opzione metodologica efficace per affrontare, da parte dei professionisti, le possibili crisi che i cambiamenti organizzativi spesso comportano, oltre che supportarli nei processi di progettazione individualizzata dei casi di Tutela Minori, è l'approccio della co-costruzione conoscitiva, che, sinteticamente, implica:

- il riconoscimento dell'alterità come il superamento dell'autoreferenzialità;
- il distaccarsi dagli attaccamenti alle proprie visioni, routine, ruoli consolidati, per accogliere l'incertezza del lavoro sociale;
- la valorizzazione degli apprendimenti desunti dall'esperienza;
- la volontà di lavorare insieme;
- la condivisione di conoscenze provvisorie e orientative che serviranno per costruire la lettura del problema.

Un'altra ipotesi da cui è partita la ricerca è che per realizzare un'efficace integrazione sociosanitaria nella presa in carico dei casi di tutela minori, sia necessario un contesto di chiarezza di compiti istituzionali e professionali e di corresponsabilità assunte dai soggetti istituzionali e dagli operatori nei confronti dell'obiettivo perseguito, nel rispetto delle reciproche competenze e autonomie professionali.

Il metodo di lavoro che si è scelto per andare ad esplorare questa esperienza di co-costruzione di nuove modalità di progettazione congiunta tra ASL e Comune, sono state delle interviste somministrate ai protagonisti del percorso formativo, in particolare, ai due Responsabili dei Servizi Tutela Minori del Comune e dell'ASL di Brescia, da cui è nata l'idea di rivolgersi ad un ente di formazione esterno. Inoltre, si è potuto dare voce ad alcuni professionisti appartenenti alle due categorie professionali, protagoniste attive del percorso formativo, ovvero n. 2 assistenti sociali e n. 3 psicologi. Al fine di inquadrare, da un punto di vista metodologico, gli esiti del processo di co-costruzione, è risultato utile somministrare un'intervista anche alla ricercatrice IRS, dr.ssa Cecilia Guidetti che ha condotto, insieme al dott. De Ambrogio, il corso formativo agli assistenti sociali e psicologi.

In questo modo si è potuto, da un lato mettere in rilievo gli output strettamente connessi con la costruzione dei nuovi strumenti di progettazione congiunta e quindi l'impatto della teoria della progettazione e valutazione sociale con la prassi operativa dei servizi territoriali, dall'altro però sono emersi altrettanto interessanti outcome che possono essere definiti come un "valore aggiunto" della ricerca, in quanto mettono in rilievo aspetti inediti, non previsti dagli obiettivi iniziali del corso e che hanno permesso agli stessi attori del percorso formativo di ipotizzare nuove piste di lavoro volte ad una maggiore integrazione sociosanitaria nell'ambito della tutela minori oltre che di

acquisire maggiore consapevolezza rispetto a quanto spesso risulta implicito e “dato per scontato” del lavoro sociosanitario e che invece attraverso un’ottica progettuale e strategica spesso si rivela utile rivedere e cambiare in una prospettiva di miglioramento e sviluppo.

1. La storia dei Servizi per la Protezione e Tutela dei Minori in Italia.

Il sistema di protezione e tutela dei minori in Italia comprende tutti quei servizi il cui intervento discende da un mandato del Tribunale per i Minorenni, prevalentemente nelle sue competenze civili, nel momento in cui si presenta una necessità di protezione nei confronti di bambini sottoposti a condotte gravemente rischiose o pregiudizievoli, messe in atto dai propri genitori.

Questa tipologia di servizi pubblici si caratterizza per un'estrema complessità in quanto operano all'interno di diverse dimensioni, afferenti sia alla società civile, quali i diritti dei bambini, il ruolo della famiglia e dello Stato, il ruolo della magistratura nella protezione dei diritti dell'infanzia, ma anche legati all'esistenza umana, quali il concetto di maternità e paternità, le relazioni di coppia, le relazioni intergenerazionali.

Ripercorrere la storia dei servizi deputati ai compiti di tutela verso i soggetti più fragili, quali i bambini, mette in luce innanzitutto il fatto che si sta parlando di una storia abbastanza recente e che quindi anche il concetto stesso di tutela minori non può dirsi statico, ma, al contrario, è al centro di continue riflessioni, modifiche, sviluppi, teorie che si arricchiscono grazie non solo alle spinte legislative, ma anche e soprattutto attraverso una cultura sociale, psicologica e pedagogica frutto dell'esperienza di professionisti che quotidianamente nei servizi vengono a contatto con contesti familiari a rischio.

Il concetto di tutela minori si caratterizza per due aspetti fondamentali: la sua restrittività e la sua dimensione pubblica⁴.

I servizi deputati alla tutela minori infatti collaborano a stretto contatto con la magistratura e quindi anche sul piano organizzativo e istituzionale devono confrontarsi con aspetti più legati al mondo giudiziario che alla cultura dei servizi, come ad esempio i temi del controllo, della limitazione, dell'assunzione delle responsabilità, della repressione, della difesa e della punizione.

La tutela minori inoltre risponde ad un'esigenza pubblica della società civile di garantire e difendere i diritti dei bambini e degli adolescenti nel momento in cui i soggetti che naturalmente dovrebbero assolvere a questa funzione, ossia i genitori, non riescono a garantire sufficientemente tale protezione.

Questa necessità di porre al centro degli interessi della società il bambino, i suoi bisogni e diritti, ha portato, nel sistema odierno di tutela, a concettualizzare la possibilità di proteggere il bambino dalla sua famiglia e contemporaneamente "curare" il sistema famiglia di cui egli stesso è parte, definendo con forza politiche pubbliche a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

⁴ T. Bertotti, *La tutela minori: mutamenti, rischi e potenzialità*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n°4/2004, pp. 3-4.

I servizi che si occupano di tutela minori, come afferma Teresa Bertotti⁵, si collocano al crocevia di tre grandi “sistemi” interdipendenti tra loro: la famiglia, il sistema di welfare e la magistratura, dove, in ognuno di questi, intervengono mutamenti che influenzano reciprocamente ogni area.

Questi macro mutamenti, a loro volta, impattano sul sistema organizzativo dei servizi per la tutela dell’infanzia, sia sul versante dell’offerta, sia su quello della domanda. In particolare, oggi gli operatori, che possono disporre di conoscenze teoriche e scientifiche maggiormente consolidate rispetto al passato, sono in grado di offrire competenze e buone prassi di intervento finalizzate al riconoscimento delle situazioni di rischio, alla protezione dei minori coinvolti e alla cura della dimensione familiare.

Dal lato della domanda invece si può affermare che si assiste, all’interno dei servizi, ad una complessificazione dei bisogni: le trasformazioni economiche, sociali, culturali pesano notevolmente nella vita delle famiglie rischiando di produrre in molti casi un vero e proprio collasso delle stesse con una grave ricaduta sulle condizioni di rischio, se non di pregiudizio vero e proprio, nei confronti dei bambini.

A fronte dei mutamenti avvenuti nei tre sistemi di cui si è dato cenno e che in seguito verranno approfonditi, non sembra corrispondere ancora, come afferma Bertotti⁶, uno studio approfondito e una riflessione partecipata che consenta di mettere in evidenza l’influenza di questi mutamenti nella ri-definizione dei modelli organizzativi adottati dai servizi e che permetta di raggiungere una maggiore consapevolezza, sia rispetto alle buone prassi consolidate all’interno di questo processo evolutivo dei servizi per la tutela dei minori, sia in merito alle criticità e ai rischi tuttora oggetto di dibattito tra i vari livelli disciplinari.

1.1 L’evoluzione culturale in Italia della protezione dell’infanzia attraverso i mutamenti di tre grandi “sistemi”: la famiglia, il sistema di welfare e la magistratura.

I servizi che in Italia si occupano di protezione dell’infanzia hanno attraversato, a partire dagli anni ’80 ad oggi, tre fasi evolutive che possono essere schematizzate in questo modo:

- a) Anni ’80: l’emersione del problema del maltrattamento all’infanzia.
- b) Anni ’90: la nascita di servizi pubblici sociosanitari specializzati nella tutela dei minori.
- c) Primi Anni 2000: il fenomeno del ritiro delle deleghe da parte dei Comuni alle Asl in campo di tutela minori.

⁵ T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in “Autonomie Locali e servizi sociali”, il Mulino n°2/2010.

⁶ *Ibidem*.

1.1.1 Anni '80: l'emersione del problema del maltrattamento all'infanzia.

Il tema della violenza all'infanzia, a livello internazionale, diventa oggetto di interesse e di ricerca scientifica, a partire dagli anni '50-'60, quando compaiono nella letteratura scientifica le prime descrizioni di bambini picchiati e Kempe individua un approccio clinico per la diagnosi e la cura dei minori vittime di maltrattamento (Sindrome del bambino battuto)⁷, fondando inoltre una delle prime società scientifiche internazionali attive in tale campo, ossia l'International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)⁸.

Per quanto riguarda l'Italia, è a partire dagli anni '80 che si assiste ad un vero e proprio mutamento culturale relativo alla sensibilità, a livello scientifico, politico e dell'opinione pubblica, sul tema della protezione e tutela dei diritti dell'infanzia. Il fenomeno del maltrattamento di un minore all'interno della famiglia non è sempre stato presente nella coscienza sociale ma, proprio in quegli anni, si è registrato un passaggio da una cultura prevalentemente adultocentrica, in cui tutto è organizzato in base alle esigenze e alla mentalità dell'adulto, ad una cultura maggiormente predisposta ad entrare nel pensiero del bambino, per ascoltarlo, comprenderlo, riconoscendogli dignità, attendibilità e diritto al rispetto⁹.

Inizia pertanto ad emergere il pensiero che il bambino può essere in pericolo proprio all'interno delle sue mura domestiche, sfidando quindi la stessa immagine idealizzata di famiglia come luogo sicuro in cui è garantito il pieno sviluppo e benessere del minore. Tuttavia, come sottolinea Cirillo¹⁰, la difficoltà a scalfire tale immagine è dimostrata dall'atteggiamento ambivalente dei media nel trattare tematiche così delicate, in quanto oscilla tra toni di preoccupazione, condanna delle condotte pregiudizievoli degli adulti verso i minori e, dall'altra parte, viene fomentato nell'opinione pubblica lo sgomento nei confronti di istituzioni ritenute ingiuste, quando, innanzi ad un caso drammatico, si rende necessario mettere in atto un allontanamento del minore dai genitori.

L'interesse teorico scientifico e la maggiore consapevolezza sulla rilevanza del tema della protezione e tutela dei minori, compiti affidati all'interno dei servizi pubblici di allora quasi esclusivamente agli assistenti sociali, hanno dato impulso alla creazione in Italia di importanti centri specialistici privati multiprofessionali dedicati a tale ambito, nonché all'elaborazione di modelli

⁷ H. Kempe, *The battered child syndrome*, in *Journal of the American Medical Association*, n° 181, 1962, pp.17-24.

⁸ Dal 2005 il CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) è diventato partner nazionale dell'ISPCAN.

⁹ M.T. Pedrocco Biancardi, *Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia*, in "La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete. Atti e approfondimenti del seminario nazionale", Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti di Firenze, 2002, pp. 3-23.

¹⁰ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano, 2005, pp. 3-8.

d'intervento appropriati e innovativi che sarebbero diventati poi utili ai servizi pubblici nascenti per la gestione di casi estremamente complessi come quelli in cui vi è un minore vittima di violenza.

Nel 1984 infatti nasce a Milano il Centro per il bambino maltrattato (CBM), sulle orme di un'altra associazione denominata Centro di aiuto al bambino maltrattato e alla famiglia in crisi (CAF), costituitasi nel 1979 nella stessa città ad opera di un gruppo di privati cittadini. In quegli stessi anni, in altre realtà italiane, si diffondono iniziative volte alla prevenzione e alla cura del fenomeno del maltrattamento infantile: nel 1987 a Roma viene organizzata un'unità clinica specializzata presso l'ospedale Bambin Gesù e nello stesso territorio si costituisce un'Associazione per l'età evolutiva, a Cagliari invece la Provincia promuove l'istituzione del primo centro pubblico Numero Blu e nel 1987 viene avviata la prima linea telefonica nazionale di soccorso per i bambini vittime di violenza, ossia il Telefono Azzurro.

Il Comune di Milano nel 1985 ha affidato, attraverso un rapporto di convenzione, al CBM la gestione di un servizio pubblico appena istituito e dedicato specificatamente al fenomeno del maltrattamento. Il CBM è stato quindi il primo servizio pubblico in Italia ad occuparsi di tali problematiche.

E' dalle parole di Stefano Cirillo e Paola De Blasio¹¹ che si scorge il fervore di chi, mettendo a disposizione la propria professionalità, ha svolto un ruolo pionieristico nella creazione di servizi pubblici dedicati a tale tematica proponendo un modello teorico d'intervento, definito come una "terza via tra la criminalizzazione dei genitori maltrattati e l'indifferenza nei confronti dei bambini maltrattati"¹², che consenta di superare la parcellizzazione dell'intervento, tipica di alcuni filoni di ricerca orientati a privilegiare le caratteristiche individuali, dei bambini oppure dei genitori, a favore di una comprensione globale delle dinamiche familiari alla base del malessere e quindi della violenza che caratterizza certi nuclei familiari.

Il presupposto su cui si è fondato il modello d'intervento del CBM è che il maltrattamento, o la trascuratezza, derivi da una patologia del funzionamento familiare complessivo che potrà essere curata andando a modificare proprio tali modelli disfunzionali, affinché la famiglia possa recuperare le proprie funzioni genitoriali.

La *terza via* individuata dallo staff del CBM si concretizza dunque nella "scommessa", così definita da Cirillo, sulla *terapia coatta*, ovvero la possibilità per i professionisti che si occupano di tutela minori di lavorare in un contesto in cui, diversamente da quanto solitamente avviene in ambito terapeutico e di aiuto, viene a cadere un requisito fondamentale per promuovere processi di cambiamento, ossia la volontarietà della richiesta d'aiuto.

¹¹ S. Cirillo, P. Di Blasio, *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

¹² *Ivi*, p.2.

L'intervento dei servizi nei casi di tutela minori infatti deriva da un mandato del Tribunale per i minorenni che in un certo senso obbliga i genitori a relazionarsi con il servizio.

La proposta dell'equipe psicosociale del CBM è pertanto quella di collocare l'intervento di tutela in una dimensione processuale in cui ad ogni fase corrisponde un obiettivo diverso dell'intervento e dove sembra trovare spazio la possibilità enunciata da Cirillo di "rilanciare negli operatori il desiderio terapeutico nei confronti dei "cattivi genitori", invitandoli a rivolgersi al bambino incompiuto che si nasconde dentro ciascuno di loro"¹³.

Il processo d'intervento, che oggi sembra essere consolidato nell'apparato teorico dei servizi che si occupano di tutela e in molti casi anche nelle buone prassi da loro adottate, si snoda in una prima tappa che prevede la *rilevazione* da parte degli operatori del livello di gravità del rischio o pregiudizio per il minore per poi eventualmente, se il livello di rischio o pregiudizio è elevato, mettere in atto azioni di *protezione* adeguate.

Il compito operativo successivo, in questo modello processuale, è centrato non più solamente sulla cura del bambino ma si estende alla cura e al trattamento dei genitori e delle dinamiche familiari di cui anche il minore è parte. Questa è la fase della *valutazione di recuperabilità* dei genitori che contraddistingue la proposta del CBM di una *terapia coatta* rivolta quindi a utenti che, come definisce Cirillo, "non sanno chiedere aiuto ma non per questo non lo meritano"¹⁴.

La valutazione permette agli operatori di superare i rischi di stallo e di cronicità delle situazioni che spesso si vengono a creare quando, trovandosi innanzi al dilemma tra i bisogni di cura del bambino da un lato e l'aiuto ai genitori dall'altro, si tende a focalizzare maggiormente l'attenzione sui bisogni del bambino, impedendo, di fatto, la possibilità di mettere in moto un desiderio di cambiamento nei genitori. Si può affermare quindi, richiamando una citazione di Bertotti¹⁵ riferita al pensiero del sociologo di origine indiana Appadurai Arjun, la necessità, in questa fase, di "sostenere e allenare *la capacità di aspirare* e aiutare le persone a prefigurare un mondo diverso".

La valutazione di recuperabilità permette di giungere ad una *prognosi di recuperabilità* che deve essere fondata su due presupposti essenziali: l'interruzione del comportamento inadeguato e la previsione di trattabilità (fase del *trattamento*) formulata dagli operatori, quest'ultima commisurata alla capacità del genitore di riconoscere il danno e di iniziare a confrontarsi con le ragioni del proprio comportamento.

Se la prognosi risulterà negativa, e quindi dalla valutazione di recuperabilità si desume che i genitori non saranno in grado di cambiare, si dovrà pensare in modo prioritario al bene del bambino

¹³ S. Cirillo, *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano, 2005, p. 11.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Questa citazione è tratta dall'intervento di T. Bertotti al workshop "Bisogni complessi e integrazione professionale sociosanitaria e socio-educativa" all'interno del convegno organizzato dall'IRS di Milano il 29.09.2011 intitolato "Disegniamo il welfare di domani" dedicato ai primi 40 anni di Prospettive Sociali e Sanitarie.

e di conseguenza ad un suo inserimento in un contesto familiare alternativo. I genitori in questa ipotesi saranno dichiarati dal Tribunale per i minorenni decaduti dalla potestà genitoriale.

L'evoluzione dei servizi per la tutela minori, come per la generalità dei servizi sociali, negli anni '80 riflette un processo di trasformazione del sistema di welfare iniziato in Italia già dai primi anni '70, quando si inizia ad affermare il diritto all'erogazione dei benefici sociali attraverso prestazioni finalizzate al raggiungimento del benessere psicofisico e non più solamente alla mera sussistenza¹⁶. Anche la società è in cambiamento e ciò è dimostrato da diversi fattori, quali ad esempio: l'invecchiamento della popolazione, l'ingresso più rilevante delle donne nel mercato del lavoro, cambiamenti nella struttura familiare, nuove forme di povertà ed emarginazione, specie nelle aree urbane, minori prospettive occupazionali a seguito di un maggiore livello d'istruzione dei giovani.

Queste trasformazioni sociali determinano una nuova domanda sociale alla quale le politiche pubbliche cercano di rispondere attraverso un approccio innovativo, basato su un'ottica di servizi territoriali, aperti e non discrezionali in connessione con i servizi sanitari, la cui realizzazione è affidata alle Regioni attraverso le Unità Locali, ossia enti a gestione intercomunale in grado di coniugare competenze sanitarie ed assistenziali che successivamente con la legge 833/1978, istitutiva del sistema sanitario nazionale, diventeranno USL (Unità Sanitarie Locali) oppure, in alcune Regioni, USSL (Unità Locale Socio Sanitaria), strutture operative dei Comuni che svolgeranno un'attività programmata e regolamentata dalla Regione. Quest'ultime, già previste costituzionalmente (art. 117 Costituzione), iniziano, ancor prima della riforma sanitaria, ad esercitare la propria funzione legislativa in campo socioassistenziale, in particolare negli ambiti relativi ai minori, agli anziani e all'handicap, e ad assumere un ruolo di programmazione degli interventi, finanziamento agli enti locali e di controllo sulla spesa. In questi anni, infatti, importanti provvedimenti legislativi statali abbracciano questo orientamento, segnando il cambiamento in atto, tra cui ad esempio la normativa che istituisce i consultori familiari (Legge 405/1975), la legge sull'istituzione degli asili nido comunali (Legge 1044/1971) e quella sullo scioglimento dell'ONMI¹⁷, cui si associa una nuova concezione dei servizi sociali rivolti ai minori: è messo in discussione l'orientamento verso l'istituzionalizzazione dei bambini e si iniziano a considerare prevalentemente i compiti educativi e di socializzazione dei servizi rispetto a questa categoria di cittadini, c'è una maggiore attenzione verso i bisogni di sostegno e aiuto alle famiglie, soprattutto in considerazione del nuovo ruolo all'interno della società svolto dalla madre lavoratrice.

¹⁶ B. Da Roit, *Politiche Pubbliche per l'assistenza. Attori, orientamenti e risorse: i mutamenti in Lombardia*, Franco Angeli, 2001, pp. 30-44.

¹⁷ Opera Nazionale Maternità Infanzia, ente istituito durante il periodo fascista secondo una concezione della politica assistenziale settoriale, corporativa e organizzata a livello centrale dallo Stato. Essa viene sciolta con Legge 698/1975.

Il progressivo trasferimento di competenze dallo Stato alle Regioni tuttavia risultava circoscritto ad alcune aree (mantenimento degli inabili al lavoro, rette di ricovero di anziani presso case di riposo e rette di minori presso istituti educativi assistenziali) e ancora basato su un approccio istituzionalizzante. Nonostante ciò le Regioni, pur con differenze territoriali tra centro-nord e sud del Paese, iniziano ad essere più orientate verso l'erogazione di servizi con un'offerta differenziata piuttosto che verso i trasferimenti monetari ed è da questo momento che prendono avvio, sperimentazioni di interventi volti alla deistituzionalizzazione dei minori e di contrasto al disagio minorile e familiare, quali ad esempio le prime forme di affidamento familiare, le comunità educative, l'educativa domiciliare, i centri di aggregazione sociale.

In questo processo evolutivo che coinvolge i nascenti servizi rivolti alle famiglie e ai minori, il DPR 616/1977 dà piena attuazione al decentramento amministrativo, in particolare l'art. 23 definisce le funzioni trasferite dal Ministero di Giustizia all'Ente Locale, tra cui sono compresi gli interventi per i minori soggetti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria minorile nell'ambito della competenza civile e amministrativa.

A fronte di queste nuove competenze per l'Ente Locale, unitamente alla riforma del diritto di famiglia (Legge 151/1975) e ai nuovi modelli d'intervento abbracciati dai servizi che iniziano ad occuparsi di tutela minori, basati su un concetto di recuperabilità delle famiglie in crisi, la magistratura minorile si colloca come un nuovo soggetto con cui i servizi devono interfacciarsi, in quanto incaricati di dare attuazione ai provvedimenti emessi dal Tribunale per i minorenni.

Il rapporto di collaborazione tra l'autorità giudiziaria e la pubblica amministrazione è sorto inizialmente in un clima di diffidenza da parte degli operatori dei servizi che temevano, come afferma Bertotti¹⁸, di “veder snaturato il proprio compito professionale e di vedersi trasformati in agenti di polizia con esclusive funzioni di controllo”. La difficoltà maggiore nella collaborazione tra magistratura e servizi per la tutela minori sembra risiedere in una crescente sovrapposizione tra gli ambiti di intervento del Tribunale, da un lato, e dell'Ente Pubblico dall'altro che porta ad una difficile definizione delle rispettive funzioni.

Dalla Convenzione di New York del 1989¹⁹ si è avviato un processo di crescente affermazione dei diritti dell'infanzia cui tuttavia, come sottolinea Domanico²⁰, non ha corrisposto la produzione di

¹⁸ T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in “Autonomie Locali e servizi sociali”, il Mulino n°2/2010, p.230.

¹⁹ L'art. 12 della Convenzione di New York del 1989 afferma che: “Gli Stati Parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità. A tal fine, si darà in particolare al fanciullo la possibilità di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria o amministrativa che lo concerne, sia direttamente, sia tramite un rappresentante o un organo appropriato, in maniera compatibile con le regole di procedura della legislazione nazionale.”

strumenti processuali e riforme ordinamentali in grado di renderli esigibili innanzi al giudice minorile. Questa assenza normativa ha determinato, almeno inizialmente, da parte della magistratura una prassi giuridica più orientata a richiedere ai servizi tutela minori un'indagine sociale sui casi, con finalità di accertamento del danno subito dal bambino e non un progetto che comprenda la valutazione sulle capacità e sulla recuperabilità genitoriale. D'altra parte la genericità delle richieste provenienti dal Tribunale per i minori risultavano, per così dire, funzionali ai servizi che, ancora poco abituati a gestire la complessità derivante dalla coesistenza di due funzioni essenziali, quella di controllo e quella di sostegno al minore e alla sua famiglia, preferivano abbracciare una posizione di osservazione (apparentemente) oggettiva della situazione familiare che però rischiava di mettere in ombra le eventuali risorse degli adulti. Il Tribunale, in quel momento, veniva dunque investito di un'altra responsabilità, oltre a quella di giudizio vera e propria, ossia doveva indicare ai servizi locali il progetto d'intervento da attuare sulla scorta di quanto da questi descritto.

La crescente competenza teorica e scientifica e l'esperienza dei nuovi centri specialistici, deputati alla gestione di situazioni complesse di maltrattamento e abuso all'infanzia, ha tuttavia permesso con il passare degli anni, un affinamento della cultura giuridica in tale ambito e, come descrive Galli²¹, la formulazione delle richieste di indagine ha iniziato ad essere più precisa e volta non più solamente alla descrizione delle condizioni di rischio ("accertamento delle capacità genitoriali"²²) ma anche ad una vera e propria indagine psico-sociale che possa mettere in luce sia i fattori di rischio che i fattori protettivi ("valutazione della recuperabilità genitoriale"). L'autorità giudiziaria chiama quindi i servizi a restituire informazioni circa il progetto d'intervento predisposto a favore del minore e della sua famiglia.

1.1.2 Anni '90: la nascita di servizi pubblici sociosanitari specializzati nella tutela dei minori.

L'emergere di una nuova cultura dei diritti dell'infanzia, testimoniata da importanti provvedimenti internazionali ed europei, quali la citata Convenzione di New York del 1989, ratificata a livello nazionale dalla Legge 176/1991 e la Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli

²⁰ M. G. Domanico, *Gli interventi d'urgenza disposti dal Tribunale per i minorenni e l'affido all'ente: questioni aperte e criticità*, in S. Galli, M. Tomè (a cura di), *La Tutela del minore: dal diritto agli interventi*, Franco Angeli, Milano, 2008.

²¹ S. Galli, *L'indagine sociale e la costruzione della rete*, in S. Galli, M. Tomè (a cura di), *La Tutela del minore: dal diritto agli interventi*, Franco Angeli, Milano, 2008.

²² La differenziazione terminologica operata da Cirillo in *Cattivi genitori*, pp.39-40, tra "accertamento del danno" (non valutazione) e "valutazione di recuperabilità" ha lo scopo di chiarire agli operatori queste due differenti fasi dell'intervento dove la prima è volta a identificare l'entità del danno subito dal minore, sia esso sanitario, sociale o psicologico, mentre la seconda mira a promuovere, ove possibile, un processo di cambiamento nei genitori e quindi una valorizzazione delle loro potenzialità residue.

(Strasburgo 1996), spinge il Governo, gli Enti locali e la società civile ad assumere un'ottica di prevenzione e contrasto al fenomeno del maltrattamento sui minori e di promozione di politiche di salvaguardia dei diritti fondamentali dei bambini. In questi anni infatti si diffondono nel territorio nazionale i servizi pubblici dedicati alla tutela minori, nell'ambito socio sanitario delle ULSS (che poi diventeranno ASL), le cui funzioni, come sottolinea Bertotti²³, riguardano sia interventi diretti, che comprendono la consulenza agli operatori, la raccolta delle varie tipologie di segnalazioni inerenti minori in situazioni di rischio o pregiudizio, il rapporto con l'autorità giudiziaria, sia dimensioni di sistema, ovvero i servizi tutela minori iniziano ad occuparsi di tutte quelle attività relative alla sensibilizzazione e formazione degli operatori verso la tematica del maltrattamento infantile, il coordinamento della rete istituzionale e la raccolta dati e monitoraggio del fenomeno.

Un passo in avanti, per quanto riguarda questi ultimi aspetti di sistema, è stato fatto in Italia nel 1993 con la nascita del CISMAI (Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia), su iniziativa di alcuni centri nazionali attivi nel campo della tutela e della cura dei minori, con l'obiettivo di "costituire una sede permanente di carattere culturale e formativo nell'ambito delle problematiche inerenti le attività di prevenzione e trattamento della violenza contro i minori, con particolare riguardo all'abuso intrafamiliare" (art. 1 Statuto).

Dal documento elaborato dalla Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori²⁴, istituita nel 1998 dall'allora Presidente del Consiglio Romano Prodi, emerge tuttavia che l'offerta dei servizi sul territorio nazionale si presenta in modo abbastanza differenziato in quanto, come sostiene Bertotti²⁵, questi servizi sono sorti attraverso una spinta locale, da parte di Comuni, Province, Regioni e non sulla scorta di una legge nazionale in grado di armonizzare l'offerta.

Questa situazione a macchia di leopardo è anche il frutto dei diversi orientamenti delineatisi nelle Regioni italiane, a seguito della legge 833/78, rispetto alla questione dell'integrazione socio sanitaria. In alcune Regioni, infatti, l'USL è stata individuata come luogo dell'integrazione sociosanitaria, con una delega da parte dei Comuni di funzioni e risorse socio-assistenziali (in particolare Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Toscana, Umbria) mentre in altre Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Marche) i Comuni hanno conferito solo parzialmente le loro funzioni e risorse sociali. Nelle Regioni del centro-sud invece si è mantenuta una separazione tra il sistema sanitario, in capo alle USL, e il sistema socio-assistenziale dei Comuni, con ricadute negative per

²³ T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in "Autonomie Locali e servizi sociali", il Mulino n°2/2010, p.231.

²⁴ Commissione Nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale di minori. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Affari Sociali, *Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*, settembre 1998.

²⁵ *Ibidem*.

quanto riguarda lo sviluppo dei servizi socio sanitari e socio assistenziali²⁶. Entro questa cornice, pertanto, i servizi tutela minori in molte Regioni sono stati gestiti, anche dal punto di vista finanziario, dalle USSL per conto dei Comuni attraverso lo strumento della delega.

Il processo di aziendalizzazione delle USL, iniziato con il D.Lgs. 502/1992, ha rafforzato il ruolo delle Regioni (le ASL diventano “enti strumentali delle Regioni”) che sempre più avranno un ruolo normativo e di programmazione (in assenza e nella attesa di una legge quadro di riforma dell’assistenza) e ha estromesso i Comuni dalla gestione e programmazione socio sanitaria, inizialmente auspicata dalla legge 833/78²⁷. Le successive riforme Bassanini e il riordino del sistema delle autonomie locali riaccendono il dibattito sul ruolo dei Comuni rispetto alle aziende sanitarie che, a seguito del D.P.R. 229/1999, diventerà di programmazione e valutazione rispetto all’attività dell’Azienda USL e dell’operato del direttore generale, organo monocratico nominato dalla Regione e responsabile della gestione dell’Azienda Sanitaria.

All’interno di queste trasformazioni delle politiche e dell’organizzazione del sistema dei servizi sociali, prendono avvio diverse forme di integrazione tra enti pubblici e di collaborazione tra pubblico-privato (accordi di programma, protocolli d’intesa, convenzioni, unioni di comuni, consorzi) sulle quali si sviluppano i servizi pubblici di questo periodo.

I processi programmatori interistituzionali vengono inoltre sostenuti da importanti atti legislativi, quali ad esempio la Legge n. 285/1997 che ha dato impulso ad un settore, quello dell’infanzia e dell’adolescenza, sul quale precedentemente gli investimenti a livello politico e sociale erano abbastanza scarsi, specialmente a confronto con altre realtà europee più propense, al contrario, a promuovere interventi e progetti in questo settore (ad esempio le solide socialdemocrazie nordeuropee, oltre che il Regno Unito, il Belgio, la Grecia e l’Irlanda²⁸).

I finanziamenti che hanno accompagnato tale provvedimento normativo hanno permesso di sviluppare un’ottica di protezione e prevenzione rispetto ai bisogni dei minori e di innovazione e consolidamento dei servizi sociali ed educativi rivolti ai bambini ed adolescenti attraverso una nuova modalità operativa basata sulla centralità del territorio, come luogo vicino ai cittadini e in grado di raccogliere i bisogni e le potenzialità e sulla progettazione partecipata degli interventi.

Negli anni ’90 la sensibilità verso il tema della protezione dell’infanzia emerge anche da altre leggi emanate in questo periodo: la legge n. 66/1996 e n. 269/1996 dirette a contrastare da un punto di vista penale e procedurale il fenomeno della violenza e dello sfruttamento sessuale dei minori,

²⁶ C. Gori, *La riforma dei servizi sociali in Italia. L’attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma, 2004, pp. 116 – 124.

²⁷ A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Il Piano di zona*, Carocci Faber, Roma, 2004, pp. 13-17.

²⁸ U. De Ambrogio, K. Avanzini, *Dove vanno le politiche per i minori*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n°4/2004, pp. 1-2.

inoltre con la legge 451/1997 viene istituito l'Osservatorio Nazionale sull'infanzia e il Centro Nazionale di documentazione che conferisce al Governo l'obbligo di redigere periodicamente il Piano Nazionale sull'infanzia.

Con lo sviluppo dei servizi tutela minori e dei protocolli d'intesa, nonché di protocolli operativi interistituzionali, si è rafforzata l'idea che per raggiungere determinati obiettivi di benessere, cura e sostegno per le famiglie, in cui vi siano problematiche connesse al rischio e pregiudizio per i bambini, sia necessario adottare come buona prassi la multiprofessionalità dell'intervento che consiste in una modalità operativa in cui i diversi servizi e professionalità, appartenenti all'ambito sanitario e sociale, mettono in atto interventi integrati e non contraddittori affinché vi sia una presa in carico del caso globale e non frammentata.

Il lavoro di rete, sul quale si consolidano e si fondano sempre più i servizi per la tutela minori, comporta la costruzione di un rapporto di collaborazione e di dialogo tra diversi soggetti, portatori di linguaggi molto differenti, in particolare tra gli stessi servizi territoriali e tra servizi, magistratura e forze dell'ordine, dove i primi hanno funzioni di aiuto e i secondi sono improntati ad una logica di individuazione del colpevole di un reato. Come evidenzia Campanini²⁹, dal livello di integrazione e coordinamento instaurato tra le risorse messe a disposizione della famiglia dipenderà la possibilità di aiutarla e di promuoverne la recuperabilità.

I servizi in questi anni dimostrano un grande impegno nel creare reti di collaborazione con le istituzioni scolastiche affinché siano sempre più preparate e formate a cogliere e gestire i segnali del disagio, vengono inoltre valorizzati i rapporti con i servizi specialistici delle ASL, come i servizi psichiatrici e i servizi per le dipendenze, affinché siano garantiti interventi integrati e centrati sulla dimensione genitoriale, inoltre si instaura un dialogo con servizi prettamente sanitari, quali il pronto soccorso e i reparti ospedalieri (es. ostetricia, pediatria) al fine di sensibilizzare le professionalità sanitarie rispetto alla rilevazione medica di segnali di abuso e maltrattamento.

Le forze dell'ordine nel rapporto con i servizi tutela minori iniziano ad essere sensibilizzate rispetto alla gestione del momento della raccolta delle denunce di violenze da parte delle vittime, perché non si scivoli in atteggiamenti di minimizzazione o colpevolizzazione.

Rispetto al rapporto tra servizi e magistratura risulta emergere come nodo critico la necessità di chiarire le rispettive funzioni e competenze al fine di integrarsi: da un lato viene chiesto alla magistratura di sviluppare le proprie capacità di indagine nell'accertamento dei reati ai danni dell'infanzia, senza che questa funzione venga delegata agli operatori dei servizi, mentre per quest'ultimi si tratta di familiarizzare maggiormente con i compiti di denuncia vera e propria alla Procura penale (quindi non solo di segnalazione al Tribunale per i Minorenni) quando si rilevano

²⁹ A. Campanini, *Maltrattamento all'infanzia. Problemi e strategie d'intervento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993, pp.77-78.

sospetti di abuso o maltrattamento. Questo aspetto, pur ritenuto doveroso ai fini di assicurare una maggiore difesa dei diritti dell'infanzia violati, presenta per i professionisti del sociale non pochi dilemmi e resistenze psicologiche: si tratta di conciliare la dimensione dell'aiuto, della trasparenza con quella del controllo derivante dalla legge, di cui sono investiti tutti gli "incaricati di pubblico servizio"³⁰. Gli operatori psico sociali, iniziando ad essere coinvolti talvolta come testimoni all'interno di processi penali, temono, come evidenzia Campanini³¹, che l'intervento del Tribunale possa annullare qualsiasi possibilità di intervento con la famiglia e che comprometta la tenuta dei legami affettivi, oppure si temono reazioni violente da parte dei genitori.

Da questa situazione di incertezza e confusione, in assenza di una legge che regoli la collaborazione tra servizi e autorità giudiziaria, le conseguenze a carico degli operatori (denunce per omissione di segnalazione o al contrario per eccesso di zelo riscontrabile in segnalazioni improprie), iniziano a mettere in crisi gli intenti originari di costruzione di una buona collaborazione tra enti locali e istituzioni giudiziarie.

1.1.3 Primi Anni 2000: il fenomeno del ritiro delle deleghe da parte dei Comuni alle Asl.

Le politiche per l'infanzia e l'adolescenza, a partire dai primi anni del 2000, vivono un momento di cambiamento in considerazione di vari fattori, tra i quali: l'approvazione della riforma dei servizi sociali (legge 328/2000), le nuove modalità di programmazione e di allocazione delle risorse, la questione del ritiro delle deleghe dei Comuni alle ASL, le ipotesi di riforma del sistema penale minorile e il confronto con i nuovi bisogni di questa fascia di popolazione.

L'elemento innovativo fondamentale sul quale si basa il sistema integrato di interventi e servizi sociali che va delineandosi a seguito della legge 328/2000, consiste, come analizzato da Ranci Ortigosa³², nel concetto di *programmazione territoriale* che si esplica attraverso lo strumento del Piano di Zona. Ai Comuni, per la prima volta, è riconosciuto un ruolo di primo piano, rispetto al processo programmatico locale delle politiche sociali.

In questo clima di innovazione i Comuni di uno stesso ambito, spesso caratterizzati da frammentazioni territoriali, sono stimolati a confrontarsi sulle scelte e sulle modalità di allocazione delle risorse aggiuntive del neonato fondo sociale, devono integrare la propria programmazione con quella dell'Azienda Sanitaria e sono chiamati a promuovere la mobilitazione di tutti gli altri attori locali, sia del pubblico che del privato sociale.

³⁰ Art. 9 Legge 184/1983.

³¹ *Ivi*, pp.79-86.

³² E. Ranci Ortigosa, *Valore e significato dei Piani di Zona*, in A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Il Piano di zona*, Carocci Faber, Roma, 2004, pag. 18.

In questa cornice di mutamento del welfare locale comunitario si sviluppa quindi il passaggio da una logica di *government*, dove la funzione di governo è riservata al soggetto pubblico, ad una logica di *governance*, in base alla quale l'azione di governo è svolta attraverso la mobilitazione di più soggetti. La programmazione locale, attuata attraverso lo strumento del Piano di Zona, favorisce inoltre una maggiore integrazione delle politiche pubbliche, superando, di fatto, la logica separativa sulla quale, a livello di programmazione e di fonti di finanziamento, poggiavano per esempio i fondi *ex lege* 285/97³³ per l'infanzia e l'adolescenza.

Secondo il sistema integrato dei servizi sociali, delineato dalla legge 328/2000, emerge una logica di sussidiarietà verticale ed orizzontale rispetto alle diverse funzioni esercitate dagli attori, pubblici e privati, che a titolo differente faranno parte di detto sistema. Secondo una logica di sussidiarietà verticale agli Enti Locali, alle Regioni e allo Stato spetta una funzione di governo del sistema, con responsabilità di programmazione, organizzazione e gestione, mentre secondo un principio di sussidiarietà verticale i soggetti pubblici e i soggetti privati sono considerati ad un livello di parità per quanto riguarda la funzione di produzione dei servizi, degli interventi e delle prestazioni. In questo senso quindi anche i soggetti del privato sociale e le diverse forme di solidarietà sociale sono legittimati a concorrere nell'attività di progettazione concertata degli interventi.

A seguito di questo processo di integrazione operativa a livello territoriale i Comuni acquisiscono maggiore potere contrattuale nei confronti delle ASL e conseguentemente si verifica una tendenza al ritiro, da parte dei Comuni, delle deleghe conferite alle Aziende sanitarie.

Tale fenomeno, di portata generale all'interno del panorama dei servizi sociali, presenta delle risonanze e delle motivazioni specifiche anche nel campo dei servizi rivolti alla tutela dei minori, sulle quali si può apprezzare un'attenta disamina effettuata da Bertotti³⁴.

L'autrice, infatti, analizza le cosiddette "buone ragioni" che hanno indotto i Comuni a ritirare le deleghe alle ASL, nonché i vantaggi e i rischi relativi alla gestione di questo tipo di servizi sia da parte delle ASL che da parte dei Comuni affinché si possa giungere a degli spunti di riflessione sul delicato e complesso rapporto tra sociale e sanitario e ad una valorizzazione delle buone prassi già esistenti.

I Comuni con delega dei servizi tutela minori alle ASL sembrano lamentare una perdita di contatto rispetto alla situazione dell'infanzia e dei bisogni delle famiglie del proprio territorio, con una conseguente scarsa incisività nelle scelte relative agli interventi e alle politiche di prevenzione da

³³ La stessa logica separativa si ritrovava anche in altri fondi destinati ad altre tipologie di cittadini, ad esempio: fondi *ex lege* 40/1998 per l'immigrazione, *ex lege* 45/1999 per la lotta alle dipendenze.

³⁴ T. Bertotti, *La tutela minori: mutamenti, rischi e potenzialità*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n°4/2004, pp. 5-7.

attuare, un limitato controllo sulla spesa, così come una debole capacità di alimentare e rinforzare alcuni soggetti, con funzioni educative, appartenenti alla rete del territorio (ad esempio le scuole).

In questa riorganizzazione dei servizi a livello comunale sembra emergere, tra i nodi critici da affrontare, l'integrazione di competenze professionali tra assistenti sociali e psicologi in quanto da un lato vi sono interventi sociali svolti dal Comune, quindi attinenti alle funzioni di protezione dei minori e dall'altro interventi sanitari, messi in atto dall'ASL, relativi alle funzioni più specialistiche di cura e trattamento. Il rischio che si intravede è la perdita di un approccio multiprofessionale e interdisciplinare che, sia la teoria che l'esperienza, dimostra essere assolutamente necessario in questo ambito per il raggiungimento di risultati efficaci.

I vantaggi, che si possono desumere dall'analisi di Bertotti³⁵, inerenti alla gestione della tutela minori da parte dei Comuni sono pertanto una maggiore vicinanza dell'Ente Locale ai bisogni reali e ai segnali di rischio presenti nel territorio, oltre che una conoscenza più capillare delle risorse attivabili in termini di prevenzione, sia per quanto riguarda il livello formale dei servizi presenti nel territorio, sia rispetto al livello informale attinente alla solidarietà familiare e alle reti amicali.

Un altro punto di forza consiste nella maggiore capacità di sensibilizzare la comunità locale verso le responsabilità collegate alla promozione e salvaguardia del benessere dei minori.

Nell'analisi sopra citata vengono evidenziati anche i vantaggi della gestione dei servizi tutela minori in capo alle ASL, in particolare il fatto di disporre di interventi assolutamente specialistici idonei per la gestione di casi complessi, inoltre il contesto organizzativo di un'Azienda sanitaria può garantire un certo grado di stabilità nel tempo, in quanto meno soggetta all'influenza politica, specialmente per ciò che concerne la gestione degli aspetti economici finanziari. I rischi avvertiti rispetto alla gestione comunale potrebbero essere quindi un'eccessiva frammentazione degli interventi (da una parte quelli socio educativi e dall'altra quelli psicologici sanitari), mentre all'interno delle ASL, attraverso la lunga tradizione del lavoro d'équipe, si può trovare una maggiore interdisciplinarietà dell'intervento. La gestione comunale inoltre può portare ad una disparità territoriale circa la qualità dei servizi tutela erogati.

In questo nuovo sistema locale dei servizi, il cui impulso è stato tratto dalla legge 328/2000, sono emerse diverse soluzioni organizzative per rispondere all'eterno problema dell'integrazione tra il comparto sociale e quello sanitario: in alcune zone si è scelto di strutturare i servizi tutela secondo un ambito territoriale coincidente con i distretti dell'ASL, in altri gli Uffici di Piano sono stati deputati al governo dell'intero sistema di servizi. Un'altra strategia individuata per rispondere al problema dell'instabilità politica e per assicurare l'autonomia tecnica è l'istituzione di Aziende Speciali per la gestione dei servizi sociali, nonché protocolli operativi o protocolli d'intesa tra

³⁵ *Ibidem.*

settore sociale e sanitario. In generale, per quanto riguarda i destinatari dei nuovi servizi tutela minori delineatisi dall'inizio degli anni 2000, si assiste ad un ampliamento del bacino d'utenza, dal momento che vengono compresi non solo i minori con un decreto del Tribunale per i Minorenni, ma anche tutte quelle famiglie in cui si possano intravedere elementi di rischio per i minori e all'interno delle quali sia possibile intervenire, affinché tali elementi non sfocino in un vero e proprio danno sulla salute psico fisica del minore.

A fronte di tali sperimentazioni operative, l'autore citato non giunge ad una soluzione ottimale, valida a livello generale, ma l'aspetto più interessante della riflessione riguarda proprio la possibilità per chi lavora nei servizi e per chi ha responsabilità nella programmazione di politiche per l'infanzia e l'adolescenza e nell'individuare strategie efficaci per la costruzione di un sistema realmente basato su una logica di governance, di sviluppare apprendimenti e conoscenze feconde a partire dall'esperienza, attraverso sistemi informativi e di valutazione dotati di rigore scientifico. Il rischio per i servizi tutela minori altrimenti potrebbe essere quello di “*non vedere*”, per usare un'espressione di Manoukian³⁶, i prodotti di un servizio e di fermarsi a raccolte di dati, sull'utenza o sulle attività svolte, a cui però non viene attribuito alcun significato o interpretazione utile.

Si può pertanto dedurre che un approccio percorribile oggi dai servizi per la tutela minori, così come in generale per tutti gli altri ambiti d'intervento, per riflettere su quali scelte operative e organizzative intraprendere, potrebbe essere quello della *conoscenza-azione* che Manoukian definisce come “una duplice attenzione, mobile e dialogica, tra un'azione immaginata, che cerca di contenere nel pensiero l'operare (dalla conoscenza all'azione), e un operare che si chiede continuamente il senso delle proprie azioni (dall'azione alla conoscenza)”³⁷.

1.1.4. Il metodo della ricerca-azione: una scelta epistemologica per ascoltare la complessità.

Come già introdotto nel precedente paragrafo, la metodologia della ricerca-azione rappresenta una valida opzione epistemologica per gli operatori dei servizi sociali e socio sanitari, sempre più in contatto con un disagio definito da Manoukian “*debordante*”³⁸, perché tende ad invadere più dimensioni dell'individuo (gli aspetti economici, la salute, le relazioni familiari e interpersonali, i rapporti lavorativi, le condizioni psichiche). I problemi sociali, infatti, si caratterizzano oggi per una tale complessità che non permette di individuare risposte certe ed univoche, ma è necessario tener

³⁶ F. O. Manoukian, F. D'Angella, G. Mazzoli, *Cose (mai) viste*, Carocci, Roma, 2003.

³⁷ *Ivi*, pag. 168.

³⁸ F. O. Manoukian, *Re/immaginare il Lavoro Sociale. Appigli per una nuova progettualità*, “I Geki” di “Animazione Sociale”, Supplemento al n. 1/2005, Gruppo Abele, Torino, 2005, pag. 41.

conto della presenza di diversi attori-protagonisti che a vario titolo possono portare rappresentazioni e ipotesi di soluzione differenti del disagio.

In questo senso sembra efficace l'approccio di una conoscenza dialogica, vale a dire un sapere che si costruisce ponendosi nei confronti dell'altro con una "mente ospitale", un'immagine richiamata da Manoukian³⁹ e che ben rappresenta un atteggiamento mentale di disponibilità a dialogare con i diversi portatori d'interesse, riconoscendo ad ognuno il valore del proprio punto di vista sul problema da affrontare e prefigurando le loro possibili interazioni e reazioni, anche emotive, rispetto all'azione che si sta intraprendendo.

Scegliere questo processo di co-costruzione conoscitiva, significa partecipare ad un processo che si svolge in itinere, in cui vengono riorientate le azioni in base alle acquisizioni e agli stimoli raccolti lungo il percorso. Inoltre, con tale approccio si assume il superamento della logica razionale e tecnicistica "dei due tempi" che impone all'operatore sociale di acquisire, in un momento ad hoc, una precisa competenza professionale, attraverso la preparazione di base, per saper affrontare le nuove problematiche sociali e prevede, in un secondo momento, l'applicazione delle tecniche apprese per raggiungere gli esiti previsti.

A differenza di un approccio razionale, con la conoscenza-azione si giunge ad un sapere che non ha pretese di validità scientifica ma è un sapere che procede dal dubbio, da ipotesi "insature"⁴⁰, indeterminate e che attraverso esperienze di ricerca condotte da Manoukian, si sono rivelate maggiormente produttive dal punto di vista conoscitivo in quanto favoriscono, all'interno dei servizi, lo sviluppo di scenari alternativi ed innovativi per affrontare il disagio sociale.

La creatività che potenzialmente può scaturire da questo processo, sicuramente contribuisce ad accrescere la motivazione degli operatori che spesso, all'interno dei servizi, si sentono schiacciati sia da sentimenti di angoscia e impotenza rispetto al moltiplicarsi di situazioni difficili da comprendere e da affrontare con materiali cosiddetti "saturi" (già percorsi), sia da aspettative salvifiche, che ovviamente non riescono a soddisfare, da parte degli amministratori o dell'opinione pubblica, nei confronti di un malessere sociale multiforme.

L'approccio della ricerca-azione, analizzato da Manoukian in più saggi, non ha la pretesa di essere la soluzione universale per affrontare le questioni emergenti in campo sociale, tuttavia deve essere considerato una valida strada da percorrere per gli operatori di questo tempo che, sempre più, dovranno cimentarsi non solo nella gestione di urgenze e di singoli casi, ma anche in progetti di ricerca sociale che permettano di analizzare alcune problematiche emergenti per renderle visibili, in tutta la loro complessità, innanzi ai soggetti istituzionali, sociali e ad ampie fasce di popolazione,

³⁹ *Ivi*, pag. 42.

⁴⁰ F. O. Manoukian, F. D'Angella, G. Mazzoli, (2003), *op. cit.*, pp. 168-169.

proponendo spazi di dialogo e ascolto in grado di produrre nuove conoscenze e intuizioni creative per affrontarli.

1.2 Il nuovo DNA della Giustizia Minorile.

Nel campo della tutela dei minori, ai fini di garantire una reale protezione e difesa dei diritti di questa popolazione, risulta di fondamentale importanza il rapporto tra magistratura e pubblica amministrazione.

Come già sopra evidenziato⁴¹, le difficoltà di dialogo tra questi due ambiti d'intervento hanno spesso portato a sovrapposizioni o incertezze rispetto ai reciproci ruoli e, tale criticità, alla luce delle riforme che negli ultimi anni hanno caratterizzato la giustizia minorile, mette tuttora alla prova il rapporto tra gli Enti pubblici e l'Autorità Giudiziaria.

Le trasformazioni del procedimento minorile sembrano portare ad una sorta di crisi identitaria della giustizia minorile italiana, paragonabile, come afferma Bertotti⁴² in riferimento al pensiero di Andria, ad un nuovo DNA.

Questo processo ha origine a livello internazionale con la Convenzione di New York sui diritti del fanciullo del 1989, resa esecutiva in Italia con legge 135/1991, che sancisce il diritto del minore, dotato di capacità di discernimento, di essere informato ed esprimere la propria opinione nei procedimenti che lo riguardano, principi successivamente attuati dalla Convenzione di Strasburgo (1996) sull'esercizio del diritto dei bambini sprovvisti di chi eserciti per loro la responsabilità genitoriale, ratificata poi con legge nazionale n. 77/2003. Attraverso queste norme internazionali, tra cui anche il Regolamento CE n. 2201/2003, si è confermata la centralità del minore, rinforzando la necessità di passare da un concetto di *tutela* a quello di *responsabilità* che si declina nelle forme della responsabilità familiare (quindi abbandonando il concetto di potestà⁴³) e responsabilità sociale per le professioni che si occupano di minori⁴⁴.

A livello nazionale di fondamentale rilevanza risulta la Legge Costituzionale n. 2/1999 che ha modificato l'art. 111 della Costituzione introducendo le regole del cosiddetto *giusto processo* che sostanzialmente si riferiscono ai seguenti principi: il contraddittorio, il diritto alla difesa e la paritarietà tra accusa e difesa, la terzietà del giudice e la garanzia di tempi ragionevoli.

⁴¹ § 1.1.1, pag. 10.

⁴² T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in "Autonomie Locali e servizi sociali", il Mulino n°2/2010, p.236.

⁴³ Art. 2 Regolamento CE n. 2201/2003 del Consiglio dell'Unione Europea.

⁴⁴ P. Lovati, *L'avvocato del minore e il giudice specializzato*, in Seminario di studio AIMMF *Le prospettive della giustizia minorile*, Castiglione delle Stiviere, 26-27 settembre 2008, in www.minoriefamiglia.it, pag. 7.

Il nuovo giudice minorile, che da amministratore è diventato, come sottolinea Villa⁴⁵, giudice garante che opera al di sopra e al di fuori degli altri pubblici poteri, viene individuato come il soggetto deputato all'ascolto e alla valutazione critica dell'operato dei servizi, superando di fatto sia la visione dei servizi sociali come *longa manus* del Tribunale per i Minorenni, sia l'idea di un rapporto privilegiato tra assistente sociale e giudice minorile, escludente altri soggetti.

L'introduzione di questi principi all'interno della giustizia minorile, precedentemente appartenenti alla sfera del procedimento giudiziario per gli adulti, viene sancito anche dalla legge del 2001 di riforma sull'adozione e l'affidamento dei minori⁴⁶ che introduce la figura dell'avvocato per il minore nelle procedure relative alla limitazione della potestà genitoriale e all'adozione, affinché si possa tener conto anche della sua opinione nell'emanazione dei provvedimenti che lo riguardano, l'obbligo dell'assistenza legale per i genitori nelle procedure di adozione di minori in stato di abbandono, con la possibilità di nominare un difensore d'ufficio e, modificando l'art. 336 C.C., sancisce tale obbligo anche per i procedimenti di controllo della potestà. Entro questa concezione il bambino diventa dunque, come precisa Morozzo della Rocca⁴⁷, una *parte* del processo, così come i propri genitori, tutti assistiti da un difensore, secondo le regole del contraddittorio.

In questo rinnovato scenario della giustizia minorile i servizi per la tutela minori devono quindi individuare qual è la loro *parte*: la criticità da affrontare e su cui si interroga Bertotti⁴⁸, infatti, sembra essere la dicotomia tra servizi a difesa del minore *contro* i soggetti che difendono gli interessi dei genitori. Il nucleo della questione, secondo quanto si può cogliere dalla trattazione dell'autrice citata, sembra essere proprio questo nuovo DNA del giudice minorile, ossia il suo nuovo ruolo, da giudice che prende una giusta decisione in quanto finalizzata ad una protezione del minore ad un giudice che assume una giusta decisione nel momento in cui è in grado di sovrintendere ad un giusto processo, perché svolto secondo i principi del contraddittorio tra le parti in causa.

La legge 149/2001 è entrata in vigore pienamente nel luglio del 2007, a seguito di forti difficoltà per i Tribunali di contemperare le esigenze di attuazione dei principi del giusto processo con quelli della tutela dell'interesse del minore e con forti disparità territoriali relative alla sua attuazione e alle prassi operative utilizzate nei diversi Fori.

⁴⁵ L. Villa, *Il processo di tutela e le politiche sociali*, in S. Galli, M. Tomè (a cura di), *La Tutela del minore: dal diritto agli interventi*, Franco Angeli, Milano, 2008, pp. 26-46.

⁴⁶ Artt. 8 e 10 Legge 149/2001.

⁴⁷ P. Morozzo della Rocca, Dossier: *Diritti e interessi nei procedimenti minorili di adottabilità e di limitazione della potestà dei genitori*, in "Minorigiustizia", n. 4/2007, in www.minoriefamiglia.it.

⁴⁸ *Ivi*, pag. 237.

Il processo di attuazione della riforma, avviato nel 2007, si è rivelato quindi abbastanza complesso a causa, come evidenzia Lovati⁴⁹, di un dettato normativo lacunoso e che lascia alla creatività dell'interprete la soluzione di problemi sostanziali e processuali. Per “uscire dalla crisi in cui versa la giustizia a tutela dei diritti dei minori”, secondo lo stesso autore, dovrebbero essere perseguite delle linee guida, di cui da tempo si avverte l'esigenza, tra le quali ad esempio la creazione di un Tribunale della Famiglia che unifichi le competenze relative alla famiglia e ai minori che attualmente sono suddivise tra giudice tutelare, tribunale per i minorenni e tribunale ordinario.

Lovati, oltre ad auspicare il superamento di tale frammentazione all'interno della giustizia minorile, ritiene necessario un maggior coordinamento tra magistratura e servizi sociali locali, competenti nell'elaborare progetti di intervento sociale a favore della famiglia del minore in difficoltà, secondo l'ottica di *responsabilità sociale*, a cui sopra si fa riferimento, che appartiene a tutte le professionalità coinvolte a vario titolo nell'interesse del minore. Tale coordinamento dovrebbe essere realizzato anche da un punto di vista deontologico, affinché si possa creare tra i diversi professionisti coinvolti (magistrati, avvocati, assistenti sociali, psicologi) un linguaggio e una cultura comune.

1.2.1 La relazione tra Magistratura e Servizi: da “grande madre” a “torre d'avorio”.

Le connessioni e le interazioni tra il “sistema Magistratura” e il “sistema Servizi” sono oggi influenzate dalla presenza, all'interno di tali ambiti, di culture e linguaggi differenti che rischiano di creare fraintendimenti e disfunzioni che vanno poi a ricadere sul processo di aiuto in cui è coinvolto il minore e la sua famiglia, anch'essi portatori di una propria cultura e di un proprio linguaggio.

In base alle trasformazioni intervenute in questi ultimi anni all'interno del panorama della giustizia minorile, i servizi che si occupano di tutela minori se da un lato dispongono di una maggiore autonomia d'intervento, dall'altro percepiscono come sempre più gravoso il compito di mediare tra funzione d'aiuto e funzione di controllo. Questo disagio è motivato da diversi fattori, tra cui l'entrata in scena dei nuovi attori all'interno del processo di aiuto, in particolare gli avvocati (del minore e dei genitori) e in alcuni casi dei periti (consulenti tecnici d'ufficio o di parte) con cui gli operatori devono confrontarsi all'interno di una relazione i cui confini e responsabilità sembrano ancora abbastanza sfumati e dove, come sottolinea Bertotti⁵⁰, si ripetono i conflitti di competenza con un dilatamento dei tempi di decisione.

⁴⁹ *Ivi*, pag. 5.

⁵⁰ T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in “Autonomie Locali e servizi sociali”, il Mulino n°2/2010, p.238.

I criteri di effettività e sussidiarietà introdotti nella nuova regolamentazione dei rapporti tra servizi e Autorità giudiziaria, prevedono un coinvolgimento di quest'ultima solamente, quando i servizi hanno già esperito tutti i tentativi di presa in carico, senza esiti protettivi per il minore: questo aspetto ha comportato per gli operatori un certo disorientamento, in quanto ancorati ad un modello d'intervento che vedeva il ricorso al giudice minorile, quindi ad un contesto coatto, come una "risorsa finalizzata al cambiamento a sostegno di risorse residuali della famiglia e della rete dei servizi che il cambio di contesto può mobilitare"⁵¹.

Il giudice minorile, in base al principio di terzietà previsto dalla riforma, dopo aver emanato il provvedimento ha sostanzialmente terminato il proprio compito e i servizi vengono incaricati di intervenire in base al mandato ricevuto. Tale prassi operativa, tuttavia, ha comportato l'instaurarsi, in molti casi, di quello che è stato definito come un paradosso tra le aspettative salvifiche dei servizi, che considerano l'Autorità Giudiziaria come "la grande madre" che con autorità sarà in grado di promuovere, con maggiore forza, un processo di cambiamento nella famiglia in crisi, e ciò che realmente accade, ossia una tendenza del Tribunale all'essere refrattario al confronto, con un rischio di isolamento da parte dei giudici in una "torre d'avorio" distante dai servizi⁵².

Alcuni spunti di riflessione per delineare uno stile comunicativo virtuoso tra il sistema servizi, sistema magistratura e sistema famiglia, provengono dal contributo di alcuni professionisti veneti⁵³: essi individuano la necessità di una migliore conoscenza e riconoscimento reciproco, da cui poi deriva un maggiore rispetto per i diversi compiti e confini di competenza.

Sembra inoltre fondamentale da parte della magistratura mantenere una relazione con i servizi basata sulla reciprocità e il confronto in itinere, mentre per i servizi è auspicabile un adeguamento al linguaggio giudiziario e una modalità operativa nei confronti della famiglia, basata sulla trasparenza e sulla chiara definizione dei contenuti, dei ruoli e del contesto di relazione.

1.3 La "creatività" organizzativa negli attuali Servizi Tutela Minori.

Un ulteriore fattore di cambiamento, sul quale è importante riflettere per comprendere le trasformazioni avvenute nei servizi per la tutela dei minori, è quello relativo alle famiglie, aggravandone spesso il contesto che in alcuni casi può diventare multiproblematico necessitando quindi, da parte dei servizi con cui la famiglia entra in contatto, un buon grado di competenza e capacità di presa in carico globale e integrata tra più servizi, saperi professionali e tra più risorse, al

⁵¹ M. Ferracin, S. Valentini, *La comunicazione complessa tra sistema giudiziario, servizi e famiglia del minore*, in *Servizio Sociale e Giustizia. Gli interventi nei confronti degli adulti e dei minori*, atti dei Convegni Padova 27 ottobre e 14 dicembre 2006, a cura dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto, pag. 110.

⁵² *Ivi*, pp. 113-116.

⁵³ *Ivi*, pag.117.

fine di realizzare interventi di tutela in grado di ricomporre le diverse parti del sistema famiglia e della comunità locale a cui i membri appartengono.

Richiamando il contributo di Pasquali⁵⁴, si può affermare che oggi si assiste ad una modifica delle composizioni familiari: famiglie di fatto, monogenitoriali, ricostituite, provenienti da altre culture, ecc. , con ricadute quindi sulla percezione del ruolo genitoriale, determinando una certa confusione dei ruoli che va a intaccare l'autorevolezza dell'adulto e il senso di solitudine e abbandono del minore, privo di riferimenti e contenimenti educativi ed affettivi.

La precarietà occupazionale delle famiglie e il conseguente impoverimento divengono elementi che possono favorire l'insorgenza di dinamiche conflittuali in cui vengono spesso coinvolti i figli, situazioni di disagio socio culturale collegate a nuclei familiari di immigrati.

I servizi si devono confrontare dunque con uno sgretolamento interno del sistema famiglia, sempre più povero di legami e reti amicali o parentali stabili e durature che forse un tempo permettevano alle persone di affrontare con maggiore resistenza anche i fattori di destabilizzazione a livello macro (es. crisi economica, processi di globalizzazione in atto).

Il contesto che oggi i servizi devono affrontare è quindi caratterizzato da un aumento della complessità dei bisogni delle famiglie, che diventano quindi multiproblematiche, oltre che da un'evoluzione qualitativa della domanda, sia essa spontanea che in contesto coatto, con problematiche nuove come il “disagio psicosociale in età evolutiva, spesso conseguenza di una disfunzionalità familiare collegata a problematiche della coppia genitoriale, nella quale il minore viene triangolato nella patologia relazionale”⁵⁵, gravi disturbi del comportamento nei preadolescenti e adolescenti, ecc.

Il dover affrontare queste problematiche pone la questione, per chi deve progettare l'organizzazione di un servizio per la tutela dei minori, del bilanciamento tra le esigenze di protezione e cura a favore dei minori in situazioni di rischio o pregiudizio e quelle di sostegno alla famiglia. Le scelte organizzative adottate e il grado di specializzazione assunto, rispetto alla gestione dei servizi tutela minori sono infatti di cruciale importanza, in quanto possono modificare il ruolo e la funzione degli operatori e la mission del servizio stesso.

Dalla “creatività” organizzativa, così come è stata definita da Fuda e Tomè⁵⁶, messa in atto nei diversi territori dagli amministratori locali e dai tecnici, in base alle esperienze precedenti e alle

⁵⁴ M.L. Pasquali, *Il servizio sociale tra la promozione dei diritti del minore e la centralità della famiglia*, in *Servizio Sociale e Giustizia. Gli interventi nei confronti degli adulti e dei minori*, atti dei Convegni Padova 27 ottobre e 14 dicembre 2006, a cura dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto, pp. 131-137.

⁵⁵ M. De Bassi, S. Tolio, *L'avvio di un servizio tutela minori*, in “*Prospettive Sociali e Sanitarie*” n°13/2007, pag. 15.

⁵⁶ A. Fuda, M. Tomè, *Una ricerca sulle forme e le modalità di gestione del servizio minori e famiglia nella provincia di Milano: principali risultati*, in S. Galli, M. Tomè (a cura di), *La Tutela del minore: dal diritto agli interventi*, Franco Angeli, Milano, 2008, pp. 205-217.

biografie dei servizi stessi, Bertotti⁵⁷ ha individuato essenzialmente due tipi di configurazioni organizzative che ha definito: “servizi per la tutela minori in senso stretto” e “servizi per la tutela minori in senso ampio”.

1.3.1 Il modello operativo dei servizi tutela minori in senso stretto.

I territori che hanno scelto il modello operativo dei servizi tutela minori in “senso stretto” hanno sostanzialmente seguito l’esperienza derivante dai criteri organizzativi dei servizi gestiti dalle ASL nella seconda metà degli anni ’90, quindi con équipe multiprofessionali composte da psicologi e assistenti sociali gestite oggi da più Comuni.

Questo tipo di servizi viene attivato quasi esclusivamente su mandato dell’autorità giudiziaria attraverso interventi relativi alla valutazione del minore, delle capacità e recuperabilità genitoriale, protezione e cura del minore e presa in carico terapeutica della coppia genitoriale. Il modello operativo seguito da queste équipe permette di realizzare interventi all’interno di situazioni altamente complesse e che richiedono un elevato grado di specializzazione, oltre che mettere in atto azioni di sistema inerenti la valutazione dell’efficacia degli interventi e un approfondimento durante tutto il processo rispetto ai metodi utilizzati, contribuendo quindi ad una crescita dal punto di vista teorico-pratico.

Le criticità di questo assetto organizzativo, improntato più sugli aspetti sanitari che sociali, possono essere la iperspecializzazione e l’autoreferenzialità che comunque vengono un po’ mitigati dal fatto di essere servizi collocati ad un livello comunale. Inoltre sembrano essere esposti al rischio di interferenze politiche, almeno per quanto riguarda la possibile instabilità strutturale a seguito di un cambiamento di orientamento politico. Un altro aspetto critico è il fatto che essendo servizi i attivabili solo su incarico dell’autorità giudiziaria, potrebbero essere indotti a produrre segnalazioni, a volte improprie, per garantire, come afferma Bertotti⁵⁸, la reale esigibilità dei diritti dei minori.

1.3.2 Il modello operativo dei servizi tutela minori in senso ampio.

La scelta di alcuni Enti Locali è andata invece verso un’altra direzione, ossia una progettazione di servizi la cui équipe si occupa sia di tutela minori che di supporto alla famiglia, inteso anche in termini di prevenzione all’interno della comunità locale e di valorizzazione delle risorse esistenti nel contesto, offrendo anche spazi di consulenza alle famiglie, non solo quindi su mandato

⁵⁷ T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in “Autonomie Locali e servizi sociali”, il Mulino n°2/2010, pp. 239-242.

⁵⁸ *Ibidem*.

dell'autorità giudiziaria. Le persone che si rivolge a questo tipo di servizi lo possono fare in modo volontario o su indicazione di altri soggetti del territorio (scuola, altri servizi dell'ASL, ecc) oppure su mandato del Tribunale per i Minorenni.

Lo stesso servizio pertanto potrà offrire una gamma di interventi che va dall'aiuto economico o socio-assistenziale, al sostegno psicosociale, interventi educativi domiciliari e qualsiasi altro intervento finalizzato sia al sostegno che alla protezione dei minori e delle loro famiglie.

I territori che hanno scelto questo modello operativo hanno dovuto confrontarsi anche con il dilemma relativo alla strutturazione del servizio sociale professionale in termini "trasversali" oppure "di area", il che significa, per chi ha sperimentato la prima ipotesi, prevedere che l'assistente sociale si occupi di tutte le problematiche di un ambito territoriale, al fine di valorizzare le potenzialità del contesto familiare e professionale. La sperimentazione di un servizio sociale professionale "di area" deriva invece dalla percezione del rischio, per l'assistente sociale, di deprofessionalizzazione degli interventi a seguito di una gestione "trasversale" di tutti i problemi, preferendo quindi una maggiore attenzione allo sviluppo di competenze specifiche, secondo le problematiche. Questo dilemma sembra essersi risolto in molti casi con una via intermedia, dove, nella fase di accesso al servizio, c'è un'impostazione trasversale, mentre nelle fasi successive dell'intervento l'organizzazione prevede una suddivisione per aree.

In questa "architettura"⁵⁹ del servizio, le équipes sono composte da assistenti sociali del Comune coadiuvate da uno psicologo, incaricato direttamente dal Comune con contratti di consulenza o afferente all'ASL, con la quale sono stati definiti protocolli d'intesa o altri tipi di accordi, oppure tramite convenzione con cooperative sociali.

Nei servizi tutela "in senso ampio" si rileva, come criticità, una certa ambiguità derivante dal duplice ruolo svolto dal servizio nel momento in cui si renda necessario effettuare una segnalazione presso il Tribunale per i Minorenni: in questo modo si passa da una relazione di aiuto ad una di controllo. Tuttavia Bertotti sottolinea come questo apparente vincolo possa trasformarsi in risorsa in quanto essendo servizi *aperti*, in grado di intercettare nel territorio un'ampia gamma di bisogni e di segnali di disagio, possano creare uno spazio intermedio in cui bilanciare il ruolo di controllo e protezione con quello di sostegno alla famiglia attraverso la messa in rete di più risorse che solo la conoscenza del territorio e della comunità locale può garantire.

Un rischio possibile per questa tipologia di servizi è quello di non riuscire a fronteggiare l'aumento delle problematiche attraverso progetti di presa in carico globale delle situazioni, ma semplicemente con l'attivazione di interventi di tipo assistenziale. Un altro rischio previsto riguarda l'ingerenza, all'interno di queste équipes, del potere politico rispetto alla scelta degli interventi professionali

⁵⁹ P. Bergami, *La tutela dei minori come bene comune, anzi, di più comuni: l'ambito di Rozzano*, in S. Galli, M. Tomè (a cura di), *La Tutela del minore: dal diritto agli interventi*, Franco Angeli, Milano, 2008, pp.190-198.

messi in atto, oltre che una certa difficoltà nell'affrontare le situazioni che presentano caratteristiche di forte complessità e di bisogno di interventi più specializzati.

1.4 La sperimentazione di servizi specialistici di secondo livello.

L'integrazione tra interventi psicosociali, di competenza comunale e sociosanitari, gestiti dalle ASL, rimane un obiettivo fondamentale per poter garantire delle azioni efficaci quando si devono affrontare problematiche complesse. Questa priorità è stata oggetto di feconde sperimentazioni, realizzate con modalità differenti da alcune Regioni, che hanno permesso di creare "équipe specialistiche di secondo livello", come le ha definite Bertotti⁶⁰.

Esse in alcuni casi sono deputate all'erogazione diretta degli interventi, ad esempio valutazioni psicodiagnostiche o di trattamento del bambino e della famiglia, in altri, fungono da raccordo tra i diversi attori del processo di aiuto e protezione e possono offrire consulenza ad altri servizi del territorio, svolgere azioni di sistema relative ad indagini epidemiologiche del fenomeno dell'abuso e del maltrattamento, attività di sensibilizzazione e formazione, ecc.

Queste équipe solitamente sono composte da più professionisti appartenenti a servizi diversi (servizio sociale comunale, età evolutiva e neuropsichiatria dell'ASL, pediatria, servizi per gli adulti) in grado di valutare ed elaborare un progetto d'intervento in modo multiprofessionale a seguito di una richiesta d'intervento da parte degli operatori dei servizi che hanno segnalato una problematica di grave pregiudizio per un minore.

Dall'analisi effettuata da Bertotti sulle diverse forme di sperimentazioni di queste équipe di secondo livello, vi sono alcune loro caratteristiche fondamentali che dovrebbero essere salvaguardate affinché possano radicarsi all'interno del panorama dei servizi che si occupano di protezione e cura dei minori, in particolare:

- le équipe di secondo livello, per essere realmente a supporto dei servizi comunali, devono essere attivate da questi in modo autonomo e volontario e non necessariamente su mandato dell'autorità giudiziaria;
- essendo servizi ad alta specializzazione devono offrire interventi non dilatati nel tempo;
- è necessaria una certa stabilità delle risorse per garantire affidabilità e per portare avanti azioni di sistema utili al miglioramento della qualità degli interventi erogati;
- i servizi di secondo livello non devono sottrarre risorse a quelli del primo che devono invece disporre di risorse sufficienti per poter intervenire anche in termini di prevenzione nei contesti

⁶⁰ T. Bertotti, *Servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in "Autonomie Locali e servizi sociali", il Mulino n°2/2010, pp. 242-244.

non specialistici e devono saper ri-accogliere gli utenti che hanno terminato la presa in carico specialistica;

- deve sempre essere mantenuta una valutazione partecipata dei servizi rispetto agli esiti degli interventi e sulle relazioni tra le due tipologie di servizi al fine di permettere un confronto costante.

1.4.1. Un Progetto Pilota della Regione Veneto: i Centri Provinciali di contrasto e presa in carico delle situazioni di maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale.

A seguito di alcuni importanti provvedimenti normativi, emanati a livello nazionale⁶¹, molte regioni hanno iniziato a sperimentare diverse tipologie di azioni finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno del maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale dei minori, per creare un sistema integrato di interventi sociali con un coordinamento di prestazioni e servizi alla persona e alla famiglia orientato ad evitare sovrapposizioni o assenze di interventi.

La Regione Veneto, a partire dal 2002, ha sentito fortemente l'esigenza di avviare un processo innovativo in tal senso attraverso un Piano d'Azione regionale, approvato con DGR n. 4031 del 2002, che intendeva perseguire i seguenti obiettivi⁶²:

- quantificare il fenomeno del maltrattamento, abuso e sfruttamento sessuale di minori, sul territorio regionale;
- organizzare servizi competenti in tale ambito, anche attraverso la stipula di protocolli e di procedure condivise che possano diventare un punto di riferimento per il territorio;
- sviluppare capacità di ascolto e di riconoscimento dei segnali di disagio in tutti coloro che sono a diretto contatto con il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza (genitori, operatori, educatori, insegnanti).

Tra le aree d'intervento del Progetto Pilota, assume un forte carattere innovativo, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi per la tutela dei minori, l'attivazione di cinque Centri specialistici di secondo livello, a carattere diurno, con finalità di:

- promozione di attività di sensibilizzazione e formazione nel territorio di riferimento;
- consulenza agli operatori dei servizi territoriali;

⁶¹ Legge 269/98 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù", Decreto n. 89/2002 "Regolamento concernente la disciplina del fondo di cui all'art. 17, comma 2, della legge 3 agosto 1998, n. 269, in materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi, a norma dell'art. 80, comma 15, della legge 23 dicembre 2000, n. 388"

⁶² Regione Veneto-Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza, "Buone prassi per gli operatori che devono affrontare situazioni di abuso e maltrattamento. Linee guida per gli operatori dei Centri Regionali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie", i Sassolini di Pollicino-Collana dell'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza, n. 20/2006.

- predisposizione e realizzazione di interventi diagnostici e terapeutico - riabilitativi nei confronti dei bambini abusati e/o maltrattati e delle loro famiglie.

I Centri diventano operativi nel 2004 e sono di natura giuridica diversa, in alcuni casi è pubblica (L'Arca di Vicenza, nata dalla collaborazione tra il Comune, Az. ULSS 6 e delle IPAB; i Girasoli di Padova sorti da una convenzione tra Az. ULSS 16 di Padova e OPAI SEF di Padova; il Faro di Verona nato da un consorzio di tre Az. ULSS), in altri territori invece è privata (il Germoglio di Venezia e il Tetto Azzurro di Treviso).

Essi sono gestiti a livello provinciale/interprovinciale, attraverso un'équipe multiprofessionale composta da psicologi, pediatri, neuropsichiatri, assistenti sociali, educatori, avvocati e mediatori culturali, in quanto l'assetto organizzativo vigente dei servizi socio sanitari territoriali, estremamente diversificato nel territorio regionale, non sempre consente di realizzare interventi multidisciplinari e altamente specializzati, necessari per affrontare problematiche complesse come il maltrattamento e l'abuso infantile. L'organizzazione dei Centri, inoltre, prevede la presenza di un operatore per supportare il minore nell'eventuale percorso giudiziario, come previsto dalla Convenzione di Strasburgo (es. quando l'Autorità Giudiziaria attiva un'audizione protetta in sede di incidente probatorio secondo la legge n. 66/1996).

Le équipe di secondo livello possono essere attivate su richiesta dei servizi di base per situazioni di sospetto o conclamato grave maltrattamento o abuso di minori, secondo prassi concordate e regolate da protocolli condivisi, oppure su richiesta diretta dei soggetti interessati.

L'aspetto qualificante di questi servizi specialistici risiede nella modalità di presa in carico dei casi, che avviene sempre in modo condiviso con la rete dei servizi territoriali i quali rimangono titolari del caso e responsabili del progetto complessivo, in cui verranno definiti gli obiettivi a medio e lungo termine, la metodologia utilizzata, i tempi, i momenti e i criteri di verifica a medio e lungo termine (follow up).

L'integrazione con la rete dei servizi territoriali si realizza attraverso uno degli obiettivi fondamentali dei Centri, ossia la costruzione di una rete protettiva secondo una logica di prevenzione. Sono svariati infatti i soggetti che vengono coinvolti, in collaborazione con istituzioni pubbliche e private, nella partecipazione ad attività di sensibilizzazione, informazione e formazione, tra cui prioritariamente la scuola e l'associazionismo. Nell'ambito della prevenzione, inoltre, le azioni si sviluppano attraverso la consulenza fornita ad operatori educativi e socio sanitari per la rilevazione precoce del disagio infantile. I Centri sono impegnati altresì nella creazione e potenziamento di connessioni tra servizi socio sanitari, amministrazioni locali, autorità giudiziaria minorile e le forze di polizia.

A partire dal 2007, attraverso diversi provvedimenti normativi regionali⁶³, in particolare a seguito della DGR 2416/08 “Linee di indirizzo regionali per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore – Biennio 2009/2010”, è stato avviato il passaggio da una fase progettuale ad una fase di stabilizzazione dei Centri di secondo livello. La delibera citata infatti ha promosso la definizione di un sistema territoriale di servizi per la protezione e tutela dei minori sempre più ampio e integrato, all’interno del quale devono collocarsi tutte le attività di contrasto e cura delle situazioni di maltrattamento e abuso, prevedendo quindi anche la stabilizzazione dei Centri.

⁶³ DGR 4067/07, DGR 4575/07, DGR 2416/08 e DGR 3702/08.

2. La Progettazione e la valutazione nel sociale: aspetti teorico metodologici e dimensioni di processo.

2.1. Cos'è la progettazione sociale.

La radice etimologica del termine progetto, dal latino *proiectare* (esporre) e *pro-icere* ossia *gettare avanti*, è un buon punto di partenza per comprendere l'attività di progettazione nell'ambito sociale che, in termini generali, si può definire come un'anticipazione, una previsione o una predisposizione di un piano per il raggiungimento di un risultato finale.

Da un punto di vista filosofico, l'esistenzialista Heidegger definisce il progetto come la "costituzione ontologica-esistenziale" dell'essere umano, ponendo, però in evidenza la subordinazione di ogni progetto alla situazione di fatto in cui l'individuo si trova, cosicché la progettazione si risolve, anziché in atto di libertà, nell'accettazione di una condizione predeterminata¹. Questa definizione mette in luce l'esistenza, all'interno del processo di progettazione, del legame degli ideatori con i dati di realtà che spesso comporta una riduzione delle loro attese.

La definizione offerta da Lanzara² del processo di progettazione invece, focalizza le competenze progettuali possedute dagli attori sociali (singoli, gruppi od organizzazioni), descrivendo la progettazione come un'attività cognitiva e, precisamente, come: "un'attività di produzione di mondi possibili, di invenzione e realizzazione di artefatti materiali e simbolici, attività di trasformazione che comporta la definizione di problemi e l'individuazione di opzioni alternative, prese di decisione vincolanti, criteri di valutazione, scelte valoriali".

Il concetto di progettazione rimanda non solo ad un'attività di produzione e innovazione, ma anche, come afferma Tonon Giraldo³, ad un "pensiero anticipatore", un'azione di ideazione, prefigurazione e di trasformazione finalizzata a realizzare un cambiamento nelle situazioni complesse.

La progettazione, secondo Orsenigo e D'Angella⁴, si differenzia da azioni ripetitive di tipo esecutivo in quanto è un'attività prevalentemente simbolica che contiene in sé una dimensione generativa essendo caratterizzata dalla ricerca di prospettive e di soluzioni innovative. Secondo questa visione, la progettazione, essendo un'attività simbolica, non permette di ottenere un confronto e un riscontro immediato con il prodotto del proprio lavoro, il quale sarà distante nel

¹ E. Morselli, *Dizionario di filosofia e scienze umane*, Carlo Signorelli Editore, Milano, 1997, pag. 181.

² L. Leone, M. Prezza, *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999, pag. 17.

³ S. Tonon Giraldo, "Progetto", in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma 2005.

⁴ F. D'Angella, A. Orsenigo, *Tre approcci alla progettazione*, in AA.VV. *La Progettazione sociale*, Quaderni di Animazione Sociale Gruppo Abele, Torino, 1990, pp. 62-63..

tempo e incerto. Per questo motivo, secondo Orsenigo, è quindi necessario per gli attori coinvolti nella progettazione, “saper attendere” ed essere consapevoli degli aspetti emotivi insiti nel processo e derivanti dal confronto con elementi gratificanti (aspetti ideativi e generativi dell’azione di progettare) ma anche con elementi frustranti (il confronto con “il prodotto che non c’è”, misurarsi con il rischio e l’incertezza di non vedere realizzate pienamente le proprie aspettative).

In un’accezione ampia, l’attività di progettazione, è stata definita come “un processo generativo che, partendo da un bisogno o un desiderio, prefigura e persegue strategie di cambiamento che rendano concreta la risoluzione o il miglioramento della situazione di bisogno, oppure rendano possibile e attuabile il desiderio”⁵. Gli stessi autori hanno declinato il concetto in termini più operativi, definendolo come “un processo di costruzione di un progetto, svolto attraverso le diverse fasi che lo compongono: definizione del problema, finalità, obiettivi, target, attività, risultati attesi, disegno di valutazione, piano finanziario, ecc.”.

Dalle riflessioni di Manoukian⁶ si evidenzia come la realtà sociale non sia un’entità disordinata e manchevole sulla quale deve essere imposto un ordine razionale in grado di garantire risultati certi, ma che deve essere ri-conosciuta e nella quale devono essere mobilitate risorse, spesso già presenti nei gruppi sociali, tutelati valori e diritti fondamentali attraverso una spinta propulsiva in grado di smuovere ideazioni, interessi e di produrre cambiamenti che a loro volta genereranno altri processi di cambiamento. Il contesto sociale non è dunque qualcosa di controllabile aprioristicamente ma deve essere osservato e interpretato affinché se ne possano comprendere le problematiche che lo caratterizzano. Si può affermare quindi che si progetta ogni qual volta si avverte la necessità di immaginare o realizzare un nuovo intervento sociale, gestire un problema, apportare un cambiamento, modificare o trasformare un determinato contesto sociale, oppure orientare dei processi in atto.

Ecco perché si parla di progettazione “nel” sociale e non “del” sociale, infatti, richiamando il pensiero di Lanzara⁷, gli attori che intendono mettere in atto un’azione progettuale, potranno acquisire conoscenza e ridurre l’incertezza, tipica delle situazioni complesse, al fine di apportare un cambiamento, solo agendo e facendosi parte della situazione, affinché l’azione stessa permetta la conoscenza.

Secondo quest’ottica la progettazione viene dunque considerata come “un intervento pratico in una situazione complessa e incerta per modificarla”⁸.

⁵ A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Il Piano di zona*, Carocci Faber, Roma, 2004, pag. 151.

⁶ F. O. Manoukian, *La progettazione sociale possibile*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n°10-11/2006, pp. 8-10.

⁷ F. O. Manoukian, *Generare Progettualità Sociale*, in AA.VV. *La Progettazione sociale*, Quaderni di Animazione Sociale Gruppo Abele, Torino, 1990, pag. 8.

⁸ *Ibidem*.

2.1.1 Le caratteristiche della progettazione *nel sociale*.

Quando si parla di *progettazione nel sociale* ci si riferisce ad un'attività che nasce e si sviluppa all'interno dell'ambito delle politiche sociali e che può essere realizzata da servizi pubblici o del privato sociale nell'area sociale, socio-sanitaria, culturale, dell'occupazione, dello sviluppo di comunità, ecc.

L'attività di progettazione, riferita al settore sociale, assume dunque caratteristiche specifiche proprio per gli elementi che contraddistinguono questo ambito di lavoro che essenzialmente possono essere ricondotti a quelli schematizzati da Leone⁹ e di seguito illustrati:

➤ *La produzione di servizi alle persone*: questo genere di produzione si differenzia da quella tipica del mondo industriale, in cui prevalentemente vengono create merci o beni, poiché ha a che fare sia con oggetti materiali ma soprattutto immateriali, intangibili che per l'appunto vengono chiamati "servizi". Per comprendere la peculiarità del prodotto-servizio risulta utile l'analisi offerta da Manoukian¹⁰ in merito alla contestualità tra produzione e consumo. Infatti, nei servizi, soprattutto in quelli alla persona, "la produzione avviene nello stesso luogo e almeno in parte nello stesso tempo in cui avviene il consumo". Ne deriva una posizione di centralità del cliente/utente all'interno del processo, in quanto esso prende parte direttamente alla produzione attraverso la relazione con l'operatore, al quale esprime richieste, bisogni, mette in luce le proprie risorse e i propri limiti ed è proprio in questa interazione produttiva che si sviluppano comunicazioni, si individuano obiettivi e si assumono decisioni.

I servizi alle persone devono quindi essere in grado di adattarsi agli stimoli e alle istanze provenienti sia dai destinatari del servizio che dal contesto sociale, di per sé mutevole e "liquido"¹¹ affinché si possano produrre, attivare processi di cambiamento a livello personale e sociale.

Questa tipologia di servizi richiede un'organizzazione di tipo flessibile, in grado di modificarsi e apportare cambiamenti nei contesti sociali in cui è chiamata a intervenire, in funzione dell'ambiente esterno. All'interno di questo tipo di cornice organizzativa, la capacità progettuale diventa un requisito fondamentale perché in grado di connettere in modo circolare attività, obiettivi e valutazione degli interventi, secondo un'ottica progettuale e strategica che dovrebbe sempre essere assunta come criterio guida all'interno dei servizi alla persona e che, secondo De Ambrogio, si identifica in "un atteggiamento di ricerca, di attenzione all'efficacia e ai risultati di

⁹ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pp. 17-31.

¹⁰ F. O. Manoukian, *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998, pp. 41-82.

¹¹ «Una società può essere definita "liquido-moderna" se le situazioni in cui agiscono gli uomini si modificano prima che i loro modi di agire riescano a consolidarsi in abitudini e procedure» in Z. Bauman (traduttore M. Cupellaro), *Vita liquida*, Laterza, Roma, 2006, pag. 7.

ogni specifico intervento, per poter trarre dall'analisi dei risultati elementi per riprogettare in senso migliorativo gli interventi e le politiche”¹².

- *Dimensione valoriale del lavoro nel sociale*: i processi di progettazione che si attivano all'interno di contesti sociali caratterizzati da complessità e frammentazione, implicano sempre delle scelte valoriali. Tuttavia tali scelte sembrano spesso essere riferite soprattutto al risparmio, al contenimento della spesa e alla riduzione dei costi, mentre si evidenzia¹³ una sorta di progressivo ritiro e disinvestimento rispetto al dibattito sugli orientamenti che guidano un determinato contesto sociale a prendere alcune decisioni piuttosto che altre, per affrontare un problema emergente. Le scelte di valore dovrebbero invece essere esplicitate agli altri soggetti e gruppi sociali coinvolti nel processo di progettazione, anch'essi portatori di proprie istanze etiche e di modelli di riferimento, affinché, come sostiene Manoukian¹⁴, ci possa essere una reale credibilità delle proposte progettuali. Essa infatti sostiene che la progettazione sociale diventa possibile solo quando gli attori sono in grado di superare la paura di dover sostenere un confronto, e talvolta uno scontro, con altri soggetti istituzionali e politici di cui si teme il rifiuto, o un mancato sostegno, in merito alle proposte di miglioramento che si intendono portare avanti in un determinato contesto locale. A tal proposito la stessa autrice afferma che oggi esiste una certa “difficoltà a sviluppare un ascolto multiplo”¹⁵ della realtà sociale, intendendo con ciò una tradizionale difficoltà dei servizi a mettere in connessione i vari input provenienti dai diversi soggetti del territorio che saranno poi utili per indirizzare le azioni progettuali.

Risulta pertanto necessario saper interrogarsi sulle proprie scelte valoriali, sulle teorie che sostengono, a volte inconsapevolmente, le spiegazioni che vengono date ai fenomeni sociali, ma non solo. Per rendere percorribile la progettazione sociale devono crearsi percorsi di “co-costruzione conoscitiva” tra i diversi soggetti del territorio, ossia percorsi in cui soggetti diversi, con diverse competenze e diversi ruoli, sono in grado di costruire un processo di acculturazione, ovvero una minima condivisione attorno ad alcuni problemi per individuare delle ipotesi d'azione. In questo modo si viene a creare quella che Manoukian definisce “una sorta di piattaforma che diventa fiducia costruita sul campo”¹⁶ e che permette di generare nuove forme di legame sociale.

- *La presenza di professionisti*: la progettazione nell'ambito sociale assume caratteristiche specifiche in quanto all'interno dei servizi e delle organizzazioni lavorano professionisti,

¹² U. De Ambrogio, *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci Faber, Roma, 2003, pag. 27.

¹³ F. O. Manoukian, *Generare Progettualità Sociale*, in AA.VV. *La Progettazione sociale*, Quaderni di Animazione Sociale Gruppo Abele, Torino, 1990, pag. 8.

¹⁴ F. O. Manoukian, *La progettazione sociale possibile*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n°10-11/2006, pag.10.

¹⁵ F. O. Manoukian, (1990), *op cit.*, pp. 8-9.

¹⁶ *Ivi*, pag. 11.

definibili come tali in quanto fanno riferimento ad un corpus di teorie e di tecniche, hanno un'elevata responsabilità sui risultati, curriculum formativi comuni e norme deontologiche a cui fanno riferimento. La tensione progettuale dei professionisti, per alcuni sviluppata più nell'ambito di un modello di relazione di tipo "duale" (medico-paziente), come ricorda Leone¹⁷, è stata influenzata dalle modifiche intervenute negli anni in merito alla nuova concezione dei servizi socio-sanitari territoriali, all'interno dei quali ha assunto un ruolo sempre più importante l'équipe pluriprofessionale, come sede in cui costruire progettualità condivise tra i diversi professionisti. Le professioni sociali oggi, in conseguenza di una maggiore complessità delle problematiche, per poter offrire risposte innovative ed elaborare progettualità realmente efficaci, devono confrontarsi con un'ulteriore livello di integrazione, ossia non più solamente tra operatori di uno stesso servizio, ma tra équipe di diversi servizi con differenti competenze, funzioni e ambiti d'intervento. Per questo motivo diventa fondamentale tener conto della pluralità delle culture organizzative e di settore, ognuna con proprie norme di comportamento, codici etici, linguaggi specifici, modalità di leggere i problemi, modelli teorici di intervento e prassi consolidate.

La cooperazione richiesta tra professionisti di diverse équipe, all'interno del processo di progettazione sociale, non si basa su un modello organizzativo tradizionale di tipo gerarchico, in cui viene nominato un responsabile o un direttore, ma, su quella che Manoukian¹⁸ definisce un'"organizzazione temporanea" che verte sulla corresponsabilità assunta da tutti gli attori rispetto al raggiungimento di obiettivi, alle attività da realizzare, alle strategie da mettere in atto, alla valutazione degli esiti parziali del processo e da cui dipenderanno poi gli step successivi. In questa "organizzazione temporanea" l'appartenenza professionale da un lato rappresenta un valore aggiunto in termini di specificità di competenze, ipotesi di lettura differenti rispetto alle situazioni su cui intervenire, specialmente per quanto riguarda il lavoro sui casi, dall'altro funge da "collante"¹⁹ per l'integrazione tra servizi in quanto facilita i processi comunicativi tra operatori, accomunati dalla stessa professione ma appartenenti a organizzazioni diverse.

- *Forte dipendenza del settore dai finanziamenti pubblici:* lo sviluppo dei servizi sociali nell'ambito della pubblica amministrazione, o in convenzione con essa, ha contribuito ad apportare ulteriori peculiarità alla progettazione sociale.

La tipologia di interventi previsti dai progetti sociali, sviluppati nell'ambito dei servizi pubblici, infatti, ricalca la tipologia d'intervento finanziata dai fondi previsti a livello centrale, come nel

¹⁷ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pp. 23-25.

¹⁸ F. O. Manoukian, *La progettazione sociale possibile*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n°10-11/2006, pag. 9.

¹⁹ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 24.

caso delle leggi relativi alle tossicodipendenze, alla protezione dell'infanzia e l'adolescenza, alla conciliazione dei tempi di vita con i tempi di lavoro, ecc.

La presenza di finanziamenti pubblici e l'obiettivo perseguito dagli enti locali, nell'utilizzo di tali risorse, secondo la disamina di Leone²⁰, influenzano lo sviluppo stesso del progetto, nonché le possibilità di successo rispetto agli esiti attesi. Diverso è, infatti, se il progetto presentato da un'organizzazione per richiedere un finanziamento, rispecchia la cultura di quel servizio o gli orientamenti valoriali da sempre perseguiti e in linea di continuità rispetto ad interventi già avviati nel territorio, rispetto al caso in cui un determinato ente o un'organizzazione del privato sociale in convenzione, presentino un progetto completamente avulso dal proprio patrimonio di esperienze di intervento o che preveda la realizzazione *ad hoc* di strutture o azioni che, con grande probabilità, potrebbero essere destinate a naufragare, perchè non rispondenti ai bisogni reali di quel contesto sociale.

Rispetto ai progetti sociali sostenuti da fondi pubblici risulta inoltre cruciale la questione della verifica, attuata dall'ente erogatore, sulla realizzazione dell'intervento previsto e sull'impiego corretto delle risorse. Tale funzione di controllo in molti casi si sostanzia in una pura verifica formale sugli aspetti relativi alla rendicontazione amministrativa, tanto più se risulta considerevole la distanza tra ente erogatore ed ente esecutore, come nel caso dei progetti attuati da un Comune o da un'Azienda ULSS su finanziamento di un determinato Ministero. Questo fattore, unitamente ad una carenza di meccanismi concorrenziali all'interno del mercato dei servizi sociali, che sembra non stimolare la necessità di verificare l'andamento e i risultati della progettazione sociale, aumentano il rischio, per gli enti pubblici, di produrre progetti di scarso livello qualitativo e di limitato grado di innovazione delle proposte d'intervento finalizzate ad apportare cambiamenti sociali.

2.2. Programmazione, pianificazione e progettazione: i tre termini della cultura programmatica.

All'interno della cultura programmatica attuale, come osserva Siza²¹, sembra permanere una certa difficoltà nel definire i confini dei termini *programmazione*, *pianificazione* e *progettazione*.

Tuttavia risultano numerosi i tentativi di distinguere tali ambiti decisionali, attraverso varie definizioni che vale la pena precisare, al fine di individuare alcuni punti fermi che possono essere assunti come base di partenza per la costruzione di un linguaggio comune all'interno della cultura

²⁰ Ivi, pp. 25-29.

²¹ R. Siza, *Progettare nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 2002, pp. 37-42.

programmatoria e di cui ogni professionista del sociale, chiamato a svolgere attività di programmazione, pianificazione e progettazione, dovrebbe avere padronanza.

Per quanto riguarda l'attività di *programmazione*, si possono distinguere alcune definizioni più tradizionali che tendono ad accentuarne il carattere statico, come quella citata da Siza secondo cui «la programmazione è l'attività sociale od organizzativa deliberata, volta allo sviluppo di una strategia ottimale dell'azione futura allo scopo di conseguire un desiderato insieme di obiettivi e di risolvere problemi nuovi in contesti complessi, congiunta al potere e all'intenzione di impegnare le risorse e le attività necessarie per realizzare la strategia scelta»²². In questa prospettiva, di tipo prescrittivo, i piani e i progetti che discendono dalla programmazione sono di tipo normativo, volti a realizzare quanto già definito a priori.

Negli ultimi anni, invece, si parla di *programmazione strategica*, prediligendo l'aspetto processuale di tale ambito decisionale, secondo un'ottica di governance locale, in cui attraverso una logica non prescrittiva ma dinamica e di incentivazione, vengono attivati processi di regolazione ex ante ed ex post e di costruzione di strategie che si integrano nel processo di indirizzo e controllo del comportamento degli attori. La programmazione sociale strategica deve far fronte ad alcune difficoltà provenienti dal contesto sociale ed evidenziate da Setti Bassanini²³, quali ad esempio la necessità di creare spazi di confronto tra diversi gruppi sociali, tenendo conto delle istanze, dei diversi paradigmi valoriali di cui ognuno è portatore e della possibile conflittualità tra gli stakeholders.

Un'ulteriore pressione ambientale con cui la programmazione strategica deve fare i conti oggi è la rapidità con cui avvengono i mutamenti sociali che sfida sempre di più la capacità prognostica, rispetto all'evoluzione di un sistema sociale, di chi deve programmare una politica sociale. Bassanini inoltre rileva che programmare nel sociale significa anche confrontarsi con problematiche dai confini non sempre netti e sulle quali può esserci un diverso grado di consenso, rispetto agli obiettivi e alle tecniche per affrontarli e la cui soluzione dipende gran parte da scelte di tipo politico più che di razionalità tecnica.

A fronte di tali difficoltà l'autrice propone un approccio alla programmazione che si basa su una *logica di tipo incrementale ad andamento iterativo* basata sul presupposto che la realtà si sviluppi per piccoli passi, non è data una volta per tutte, ma si trasforma proprio nel corso dell'azione, su impulso dei diversi interessi di cui i soggetti coinvolti sono portatori.

Il modello di programmazione incrementale di cui parla Bassanini, trae origine da quello teorizzato originariamente da Lindblom negli anni '60 e definito come *incrementalismo sconnesso o disarticolato*, in contrapposizione ai modelli di programmazione di tipo razionale. Secondo questo

²² Ivi, pag. 37.

²³ M.C. Setti Bassanini, *La logica incrementale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n°8/2003, pp. 1-2.

approccio le scelte programmatiche non vengono prese sulla base di obiettivi prefissati ma per prove ed errori, spesso gli obiettivi vengono definiti a partire dai mezzi a disposizione e si procede prendendo in considerazione poche alternative, valutate in base al consenso espresso dai soggetti coinvolti. In questa ottica quindi le strategie di intervento derivano da processi di negoziazione reciproca finalizzati al raggiungimento di un consenso tra i diversi interessi in gioco. Come evidenzia Leone, l'incrementalismo sconnesso di Lindblom sembra più "una strategia per trattare i problemi che per risolverli"²⁴.

Adottare oggi una programmazione strategica, basata su un modello incrementale, significa produrre piani e progetti incrementali, con carattere orientativo, la cui fase di elaborazione ed attuazione non sono separate ma caratterizzate da conflittualità e negoziazione continua tra i diversi attori in gioco. L'orientamento incrementale, di tipo iterativo, dà grande importanza, inoltre, ai percorsi valutativi periodici dei prodotti della programmazione. Lo scopo non è solo quello di misurare l'efficacia dell'attività programmatica, ma di ridefinire gli ambiti d'intervento, gli obiettivi e le priorità, partendo dai risultati raggiunti, non necessariamente corrispondenti agli obiettivi iniziali e proprio per questo da valorizzare come mezzo per attribuire nuovo significato alla realtà sociale.

Da queste riflessioni sulla programmazione sociale strategica emerge l'esigenza, segnalata da De Ambrogio²⁵, di annoverare tra le competenze del *social planner* non solo quelle strettamente metodologiche ma anche quelle relazionali; chi esercita tale ruolo deve infatti possedere una certa dote di flessibilità ed essere attento ai processi di negoziazione e alle dinamiche contrattuali esistenti tra i diversi soggetti.

Per *pianificazione* s'intende l'intero processo concettuale e operativo di costruzione di una qualsiasi politica, attraverso lo strumento del piano e che va dall'individuazione del problema e degli obiettivi, fino alla valutazione dei risultati, lasciando ad altri soggetti la formulazione di progetti specifici, in linea con le strategie indicate. In un'ottica di *pianificazione strategica*, le dimensioni relative alla negoziazione, l'integrazione e la processualità assumono un ruolo di primo piano, infatti le scelte non vengono assunte da un unico pianificatore ma sono il prodotto di un'interazione con una molteplicità di attori. A tal proposito Faludi²⁶ definisce il piano strategico come «la registrazione temporanea degli accordi transitori raggiunti», per sottolineare il suo carattere orientativo rispetto alle azioni, quale sorta di bussola per i soggetti in campo.

La pianificazione, secondo Faludi, può essere articolata in tre fasi:

²⁴ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 242.

²⁵ U. De Ambrogio, *Il social planner "all'incrocio dei venti": fra competenze tecniche e sensibilità relazionali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n°10-11/2006, pp. 14-16.

²⁶ R. Siza, (2002), *op. cit.*, pag. 38.

- *planning*: consiste nell'analisi e nella definizione del problema, per arrivare a precisare egli obiettivi;
- *programming*: ossia la formulazione dei programmi e dei progetti operativi;
- *budgeting*: riguarda l'indicazione dei mezzi finanziari.

Dalle osservazioni di Siza²⁷ si potrebbe aggiungere una quarta fase relativa alla *costruzione del disegno di valutazione* che, come preciserò più avanti, dovrebbe accompagnare tutto il processo.

Il terzo termine della cultura programmatoria, ossia il *progetto*, le cui definizioni sono state analizzate nel paragrafo 2.1., può essere considerato quindi l'unità minima di programmazione, attraverso cui vengono implementate le funzioni di coordinamento e di promozione tipiche dell'attività di programmazione.

2.3. Le tappe di un progetto.

Il processo di progettazione si realizza attraverso cinque tappe fondamentali che, come si evince dalla trattazione di Leone e Prezza, corrispondono alle seguenti:

- 1° tappa: IDEAZIONE
- 2° tappa: ATTIVAZIONE
- 3° tappa: PROGETTAZIONE
- 4° tappa: REALIZZAZIONE
- 5° tappa: VERIFICA

L'*ideazione* è la fase in cui, da parte di un team o di un singolo, nasce il desiderio, la proposta di cambiamento ed è in questo momento che il conduttore del processo progettuale deve essere in grado di intercettare tale spinta creativa per trasformarla in un'idea progettuale, ossia una prima ipotesi di cambiamento. Secondo gli autori citati, l'idea progettuale non nasce dal nulla, ma solitamente deriva da una connessione tra risorse già presenti, ma scarsamente utilizzate, o non evidenziate in precedenza e un desiderio trasformativo²⁸.

L'*attivazione* è un momento cruciale del processo in quanto si creano le condizioni di fattibilità del progetto: è il momento in cui si sviluppano le partnership con gli altri soggetti del territorio, si individuano le risorse (umane, finanziarie, competenze tecniche, legittimità sociale, ecc), si esplicitano le strategie d'intervento, ovvero quella che Leone definisce "la filosofia di fondo del progetto"²⁹, le concezioni valoriali condivise. In questa fase inoltre si sviluppa una definizione del problema che, come già analizzato nei paragrafi precedenti, nell'approccio sinottico-razionale verrà

²⁷ Ivi, pp. 39-42.

²⁸ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 58.

²⁹ Ivi, pag. 64.

attuata dal conduttore del processo, mentre negli approcci appartenenti alla categoria dialogico-concertativa, sarà il risultato di una costruzione sociale, di una negoziazione e concertazione tra i diversi attori coinvolti. Quest'ultimi vengono qui identificati nei soggetti promotori del progetto, i titolari del progetto (chi lo elabora), i finanziatori (chi chiede e riceverà i fondi), gli attuatori (chi realizza il progetto), i soggetti della rete di implementazione, ovvero tutte le persone coinvolte nella fase operativa, compresi i destinatari dell'intervento.

La *progettazione* corrisponde all'elaborazione cartacea del progetto e quindi alla sua stesura che fungerà da guida all'azione. Secondo l'approccio sinottico-razionale questa fase è centrale per la buona riuscita del progetto, mentre negli altri approcci si enfatizzano maggiormente gli aspetti relativi alla mediazione e negoziazione tra i diversi soggetti.

Il progetto si compone di diverse parti che, come afferma Leone, devono avere requisiti di logicità e congruenza, in particolare sono:

- *definizione e analisi del problema*: in questo punto si costruiscono le alleanze, ci si interroga su quale problema intervenire, come si manifesta e come è percepito, perché è importante intervenire e chi se ne sta già occupando.
- *identificazione degli obiettivi*: rappresenta l'oggetto del cambiamento e, prima degli obiettivi, saranno individuati degli scopi generali, ossia una generale dichiarazione d'intenti.
- *beneficiari dell'intervento* (o popolazione target): devono esserne individuate le caratteristiche sociodemografiche, i valori comuni, il grado di accettazione dell'intervento, le modalità di contatto, ecc. i beneficiari possono essere anche gli operatori di un servizio a cui si rivolge un percorso di formazione destinato ad apportare dei cambiamenti organizzativi o di miglioramento del servizio o per poter poi proporre interventi ad una data popolazione.
- *modello di intervento e attività*: corrisponde al tentativo di tradurre le conoscenze in ipotesi sulle quali intraprendere poi le attività. In questa sezione si devono specificare due tipi di ipotesi, quelle causali, in cui si evidenzia l'influenza di uno o più processi sul comportamento che il progetto cerca di modificare e le ipotesi d'intervento.
- *costruzione del disegno di valutazione*: durante la fase di progettazione devono essere stabilite le modalità di valutazione affinché si possano stimare i costi e le risorse necessarie all'implementazione dell'intervento. Per verificare l'efficacia degli obiettivi ed eventualmente ridefinire le azioni è necessario predisporre, prima dell'inizio dell'intervento, il disegno della ricerca valutativa.
- *mezzi e risorse*: questi vengono individuati dopo aver redatto un piano d'azione in cui vengono precisati tutti i compiti e le attività (chi fa che cosa e quando) e una stima, dettagliata e flessibile, delle risorse necessarie. Nella stesura del budget è fondamentale che ci sia coerenza

con il progetto sociale, la cui reale fattibilità ed efficacia dipenderà, in buona misura, anche dalla qualità della progettazione economica.

2.4. I diversi approcci alla progettazione.

Quando gli operatori si confrontano con la progettazione, diventa di fondamentale importanza assumere, con una certa consapevolezza, la concezione di progettazione più congruente con l'oggetto del cambiamento che si intende perseguire e con il tipo di organizzazione in cui si andrà ad intervenire, tenendo conto, come affermano Orsenigo e D'Angella³⁰, delle caratteristiche degli operatori e degli utenti del servizio, delle risorse disponibili e della tipologia del problema.

Sembra tuttavia emergere, all'interno dei servizi, una tendenza a sottovalutare il quadro di riferimento culturale da utilizzare nella costruzione del progetto, con il rischio di imbattersi in progetti che, con alta probabilità, risulteranno fallimentari ed inadeguati ad avviare processi di cambiamento.

I motivi per cui è possibile incorrere in questo genere di errori, secondo gli autori citati, risiedono spesso nell'ansia degli operatori di dover intervenire, a volte esposti alle pressioni di tipo politico e ai tempi da rispettare per non perdere i finanziamenti, con conseguenti difficoltà a leggere con attenzione la realtà sociale oggetto della progettazione. Gli operatori, inoltre, possono essere influenzati nella scelta della concezione di progettazione, dai modelli culturali stereotipati o particolarmente in voga in quel momento.

Una scarsa consapevolezza sulle concezioni progettuali che sottendono i processi di progettazione, può ingenerare, negli attori, dei vissuti di frustrazione o di rassegnazione rispetto ad una realtà che sembra essere imm modificabile o in cui i cambiamenti non corrispondono mai a quelli prefigurati.

L'analisi delle diverse classificazioni presenti in letteratura, relative agli approcci alla progettazione, può dunque aiutare gli operatori a saper leggere i propri contesti organizzativi e le concezioni teoriche che guidano l'azione progettuale di un determinato servizio, affinché si possa acquisire la capacità di scegliere il modello più pertinente rispetto agli obiettivi che si intendono perseguire.

All'interno della cultura progettuale esistono tre tipi di approcci alla progettazione degli interventi sociali che possono essere raggruppati in due macro categorie: quella *razionale*, con un grado di strutturazione più elevato, e quella *dialogico-concertativa*, con un livello minimo di strutturazione.

All'interno della prima categoria si può collocare l'approccio *sinottico-razionale*, mentre nella seconda trovano spazio gli approcci denominati *concertativo* o *partecipativo* e quello *euristico*.

³⁰ F. D'Angella, A. Orsenigo, (1990), *op. cit.*, pag. 53.

Ognuno di questi tre approcci prevede le medesime tappe logiche di un progetto d'intervento e che solitamente vengono individuate nella *ideazione*, *attivazione*, *progettazione*, *realizzazione* e *verifica*. Le cinque tappe, la cui analisi sarà oggetto di un paragrafo dedicato, a seconda dell'approccio di riferimento, assumono forme e livelli di rilevanza differenti.

Va precisato che non esiste un approccio più giusto degli altri, ma di volta in volta il "regista" della progettazione dovrà valutare l'opportunità del modello più adatto, inoltre, potrebbero coesistere più approcci, in fasi diverse, dello stesso processo di progettazione.

Nella scelta dell'approccio può essere utilizzato lo schema di Thomson-Tuden (Fig. 1.), ripreso successivamente da Balducci³¹ e Battistella³² per analizzare l'impostazione del processo di progettazione.

Fig. 1. Schema di Thomson-Tuden

		OBIETTIVI	
		<i>Consenso</i>	<i>Conflitto</i>
STRATEGIE	<i>Conosciute</i>	A <i>Programmazione</i>	B <i>Negazione</i>
	<i>Sconosciute</i>	C <i>Sperimentazione</i>	D <i>Definizione</i>

Lo schema prevede la presenza di due variabili fondamentali, il *consenso* tra gli attori su finalità e obiettivi e il livello di *conoscenza* sulle tecniche per conseguire gli obiettivi. In base alle diverse combinazioni tra le due variabili emergono quattro situazioni distinte, rappresentate rispettivamente dai quadranti A, B, C, D.

In particolare, si può notare che in presenza di consenso tra i soggetti e di buona conoscenza delle tecniche per perseguire gli obiettivi, il modello razionale-sinottico rappresenta l'approccio più efficace in quanto la situazione è chiara e ben definita in partenza.

Situazione diversa invece è quella del quadrante B, in cui c'è una competenza comune sulle tecniche ma non c'è un accordo sugli obiettivi: qui non è applicabile un modello razionalista ma risulterà efficace un approccio che permetta di raggiungere una negoziazione tra interessi contrastanti, come ad esempio quello concertativo.

Nel quadrante C viene rappresentata la situazione in cui vi è un consenso tra gli attori sugli obiettivi da perseguire ma non c'è competenza sulle tecniche di intervento: in questo caso sarà utile adottare una logica sperimentale, incrementale, un approccio euristico, aperto a possibili aggiustamenti in

³¹ A. Balducci, *Una Programmazione diversa*, in U. De Ambrogio e S. Pasquinelli (a cura di), *Progettare nella frammentazione*, i Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 6/2010.

³² A. Battistella, *Costruire e ricostruire i Piani di Zona*, in A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa (a cura di), (2004), *op. cit.*, pp. 49-53.

corso d'opera e finalizzato a valutare di volta in volta soluzioni alternative, dato che non è possibile prevedere in modo chiaro gli esiti dell'intervento.

Il quadrante D invece rappresenta una situazione molto comune nei servizi, in cui sono presenti interessi contrastanti e scarsa conoscenza sulle tecniche d'intervento. In questo caso se non si procede ad una ridefinizione del problema e ad una costruzione di conoscenza sulle tecniche d'intervento, creando la base di un minimo consenso sugli obiettivi, si incorrerà in progetti irrealistici e destinati a naufragare.

2.4.1. L'approccio sinottico-razionale.

L'approccio sinottico-razionale affonda le proprie radici metodologiche nel modello razionalista alla programmazione, proposto dall'economista John Maynard Keynes, secondo il quale la fase decisionale deve essere sorretta da conoscenze ed esperimenti ragionati e dove, invece, non trova spazio la mediazione tra interessi contrastanti di gruppi particolari e nemmeno l'incertezza o il pregiudizio politico.

La programmazione delle politiche pubbliche, negli anni '70, rispecchiava questa tipologia di approccio il cui presupposto fondamentale, come evidenzia Leone³³, consiste nell'idea che per poter risolvere un problema il decisore deve necessariamente disporre di tutte le informazioni, esso deve inoltre possedere una perfetta capacità di analisi della situazione e di elaborazione cognitiva delle informazioni. Questa concezione di progettazione di tipo razionale, fa riferimento ad un'organizzazione scientifica del lavoro, che ha come principio cardine l'ottimizzazione dei risultati, sottintendendo una costante disponibilità di risorse che permette di individuare, attraverso metodi scientifici, una soluzione tecnicamente corretta per ogni problema.

L'approccio sinottico-razionale considera le problematiche sociali come deviazioni dalla norma e mira ad individuarne i nessi di causalità lineare, in base ai quali poter progettare il cambiamento auspicato.

L'azione progettuale si realizza in un ambiente predeterminato, dove il problema è chiaro, gli obiettivi vengono selezionati secondo scelte di valore, risultano trasparenti, condivisi e immutabili. La fase decisionale, centrale in questo approccio, è caratterizzata da un'analisi comparativa di tutte le alternative a disposizione e delle loro conseguenze, in termini di costi e benefici, in caso di applicazione. In questo modo la scelta finale dovrà garantire il raggiungimento degli obiettivi minimizzando i costi.

³³ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pp. 239-241.

Come evidenzia Leone, il progettista che utilizza questo modello razionale è solitario, è l'unico decisore, colui che individua il problema, definisce gli obiettivi, vaglia le alternative e sceglie la soluzione, mentre gli altri soggetti del progetto o i destinatari dell'intervento sostanzialmente non vengono coinvolti.

Fig. 2. Le tappe del progetto nell'approccio sinottico-razionale



Nell'approccio sinottico-razionale, come si evince dalla figura 1, tratta da Leone³⁴, la terza tappa del progetto, ossia la *progettazione*, ha un peso rilevante in quanto corrisponde al prodotto da realizzare, già previsto a priori, in cui si impegnano maggiori risorse. L'attivazione invece è intesa come recupero delle risorse finanziarie e materiali funzionali alla realizzazione del progetto. La realizzazione in questo ambito diventa una conseguenza del progetto, non si considerano le dinamiche, i possibili effetti derivanti dal contratto con i destinatari dell'azione progettuale. La valutazione, infine, essendo rivolta ad azioni altamente standardizzate, viene intesa come ricerca dello scarto tra "output previsti e output ottenuti"³⁵, non viene valorizzato il processo di apprendimento spontaneo insito nella relazione tra gli attori del processo e nemmeno gli effetti imprevisti che possono emergere durante il progetto.

L'approccio sinottico-relazionale in letteratura è considerato il meno adeguato ad affrontare un problema di progettazione nell'ambito sociale proprio per le caratteristiche tipiche di questo ambito, ossia la complessità, la velocità di trasformazione degli scenari, la presenza di fattori imprevisti, ambivalenze e contraddizioni.

Tuttavia questo modello è entrato nella cultura dei servizi sociali e continua ad essere apprezzato in quanto fonte di sicurezza e protezione: definire a priori le procedure per raggiungere gli obiettivi prestabiliti, la previsione puntuale e meccanicistica delle azioni da mettere in atto, conferisce a dirigenti e operatori, una certa tranquillità, un distacco emotivo da certe situazioni particolarmente coinvolgenti, ma, come sottolineano Orsenigo e D'Angella³⁶, può inibire le competenze e le capacità operative di tali professionisti.

Le distorsioni più comuni nell'utilizzo dell'approccio sinottico-razionale, nella progettazione sociale, derivano dai presupposti metodologici del modello stesso, in particolare,

³⁴ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 36.

³⁵ *Ivi*, pag. 37.

³⁶ F. D'Angella, A. Orsenigo, (1990) *op. cit.*, pag. 57.

come si evince dall'analisi di Leone³⁷, riguardano il ruolo del decisore e la definizione dell'obiettivo.

Nei servizi alla persona, infatti, non può esserci un unico decisore, come prevede questo modello, e gli interventi necessariamente si realizzano tramite processi di continua negoziazione rispetto agli obiettivi, di co-decisione e corresponsabilità con gli altri soggetti coinvolti (operatori di diversi servizi, destinatari dell'intervento, altri soggetti del territorio). La separazione prevista dall'approccio sinottico-razionale, tra chi progetta le azioni e chi le esegue, come per esempio tra procedure, mansioni prestabilite dal progetto e le azioni reali, secondo Orsenigo e D'Angella³⁸, può ingenerare negli attori coinvolti un atteggiamento di irresponsabilità e superficialità rispetto alla complessità del progetto in quanto si considera il proprio ruolo unicamente circoscritto all'interno di procedure standardizzate e di una divisione dei compiti di lavoro.

Un'altra distorsione di questo modello riguarda l'assunto secondo il quale è sempre possibile, per il decisore, disporre di tutte le conoscenze per vagliare le diverse opzioni e strategie, in considerazione di una massimizzazione dei benefici: in realtà, nell'ambito sociale spesso non si è in possesso di informazioni certe sui fenomeni sociali o sulle problematiche da affrontare e conseguentemente non si possono conoscere a priori le metodologie più corrette per affrontarle. La progettazione nel sociale infatti richiede una certa dose di flessibilità, di disponibilità alla sperimentazione di strade non ancora percorse da altri e che lungo il percorso potranno essere abbandonate per altre più promettenti.

La progettazione razionale, basata sui mezzi, gli strumenti, le procedure più idonee per raggiungere i risultati attesi, se applicata nel sociale, rischia inoltre, secondo Orsenigo e D'Angella³⁹, di perdere di vista la dimensione valoriale, il senso dei servizi offerti, dei progetti messi in campo, attraverso i quali si produce all'interno della comunità un determinato modo di intendere la salute, il benessere, l'integrazione delle persone, la qualità della vita e così via.

2.4.2. L'approccio concertativo o partecipato.

L'approccio definito concertativo, o partecipato, in quanto da questo derivano i modelli di progettazione partecipata, nasce da una critica al modello sinottico-razionale, con l'obiettivo di restituire valore all'interazione sociale, alla dimensione processuale e al livello cognitivo ed emotivo, insiti nella progettazione sociale.

³⁷ *Ivi*, pp. 38-41.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ *Ibidem*.

I fondamenti teorici da cui trae forza questo approccio sono eterogenei, tuttavia sono accomunati dall'idea che la conoscenza non è data dalla corrispondenza alla realtà oggettiva, ma deriva da un'interpretazione dell'osservatore, è un costrutto personale e soggettivo derivante dall'esperienza e dalla comunicazione.

L'utilizzo del modello concertativo-partecipato nella progettazione sociale porta a non considerare in modo aprioristico ed oggettivo le problematiche sociali e il contesto sul quale si va ad intervenire, ma a valorizzare, durante tutte le tappe del progetto, i processi di interazione tra i soggetti coinvolti. Le diverse prospettive attraverso cui è possibile interpretare il problema, contribuiscono dunque a definire il problema stesso.

Il progetto si definisce attraverso un insieme di attori che, pur condividendo un impianto logico comune, si differenziano perché portatori, in tutte le tappe del progetto, di un diverso livello di competenza, peso politico e decisionale, ruolo e posizione organizzativa. Ogni attore nel processo di progettazione, condiziona in modo determinante le decisioni e le strategie da assumere, quindi, rispetto all'approccio precedente, viene allargata la base dei decisori al fine di raggiungere una definizione più precisa della realtà.

Fig. 3. Le tappe del progetto nell'approccio concertativo o partecipato.



Osservando la rappresentazione grafica di Leone⁴⁰, relativa alle tappe del processo di progettazione, secondo l'approccio concertativo, si nota come il momento dell'*attivazione* rappresenti la tappa fondamentale, in cui si mobilitano processi di concertazione e negoziazione tra i diversi soggetti del territorio, per costruire una prima lettura del contesto locale, definire in modo chiaro i ruoli e le funzioni dei diversi attori, analizzare il bisogno del territorio, interpretare e formulare ipotesi in modo partecipato attorno al contesto oggetto di cambiamento, si individuano le finalità e i destinatari dell'intervento.

Le frecce a doppio senso indicano che il processo d'interazione tra i diversi attori prosegue in tutte le tappe e vi è quindi un'influenza reciproca in ogni fase del progetto.

Nella fase di progettazione vengono individuati alcuni obiettivi in forma partecipata e, in quella di valutazione, ogni soggetto potrà offrire il proprio contributo rispetto alla verifica ed analisi dei risultati raggiunti.

⁴⁰ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 43.

I problemi e i bisogni sociali, secondo l'approccio concertativo, non sono scomponibili secondo una sequenza razionale, non esiste una causalità lineare, ma possono essere letti e trattati in modo integrato.

Il ruolo dei servizi, che nella progettazione sociale utilizzeranno questo approccio, sarà quello di promuovere un processo di *empowerment*⁴¹ dei singoli e della comunità, ovvero creare le condizioni affinché le persone e i vari soggetti del territorio, siano in grado di costruire la soluzione ai propri bisogni. Il principio infatti è che ogni soggetto coinvolto sia portatore di risorse, spendibili nel processo di progettazione e che sia in grado di impegnarsi nella risoluzione di un determinato problema, condividendone il significato e l'utilità sociale.

Per costruire quello che Orsenigo e D'Angella definiscono "un significato comune del problema"⁴², inteso come un accordo anche parziale sui significati, si deve tener conto delle diverse mappe cognitive utilizzate dai soggetti durante la progettazione, per attribuire senso e significato agli eventi e alle azioni.

Da queste mappe, rilevano gli autori, costituite dai valori personali, dalla memoria che ognuno ha rispetto alle conoscenze precedenti e alle soluzioni attivate nelle situazioni problematiche, derivano le diverse opinioni e strategie che i soggetti metteranno in atto.

L'attivazione degli attori della rete dei servizi assume quindi, in questo ambito, il significato di co-progettazione, ovvero la promozione di un'inter-azione, uno scambio, una negoziazione, tra le diverse mappe in campo e la capacità di gestire le dinamiche conflittuali e di potere che si possono instaurare durante il confronto.

2.4.3. Una strada promettente: la progettazione sociale partecipata.

Come già sopra evidenziato, dall'approccio concertativo discende la metodologia della *progettazione partecipata*, rispetto alla quale sembra utile soffermarsi in quanto, sia dal versante dei policy makers⁴³, sia da una rinnovata cultura della programmazione e progettazione sociale, emerge una forte tendenza a far dialogare i diversi soggetti di un territorio, pubblici e privati, per la costruzione di politiche pubbliche efficaci.

⁴¹ Una buona definizione del concetto di *empowerment* sembra essere la seguente: "un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita", di Wallerstein N. (2006), in www.agenas.it – accesso gennaio 2012.

⁴² F. D'Angella, A. Orsenigo, *op. cit.*, pp.63-64.

⁴³ La legge 328/2000, in questo senso, evidenzia la volontà politica di realizzare una programmazione territoriale partecipata, attraverso lo strumento del Piano di Zona, prevedendo la mobilitazione di più attori locali, sia pubblici che del privato sociale.

Affrontare il tema della partecipazione, come afferma Brunod⁴⁴, non significa introdurre un nuovo modello di progettazione, ma ha lo scopo di “affrontare il problema metodologico relativo a come favorire lo sviluppo di processi di attivazione sociale”.

La metodologia partecipata prevede l’assunzione, da parte dei soggetti coinvolti, di un’ottica progettuale e strategica, ovvero un atteggiamento di ricerca, di continua messa in discussione delle ipotesi di partenza e di attenzione verso i risultati di ogni singolo intervento. In questa prospettiva la molteplicità degli attori rappresenta, da un lato, una risorsa da valorizzare e dall’altro un elemento di potenziale conflitto che può essere gestito correttamente solo attraverso una buona padronanza degli strumenti metodologici necessari per impostare una buona progettazione partecipata.

Come mette in luce De Ambrogio⁴⁵, risulta essenziale, per chi svolge un ruolo di regia in questo processo, creare una base di consenso tra i soggetti rispetto al progetto, motivando le persone sia a livello personale che professionale e favorendo la crescita di un senso di appartenenza rispetto al percorso e al progetto.

Nel coinvolgimento degli attori, la prima sfida per il conduttore della progettazione, consisterà nel definire in modo chiaro e trasparente, secondo una “dimensione contrattuale”⁴⁶, il reale potere decisionale e il livello di responsabilità di ciascuno (partecipazione con pieno potere decisionale o semplicemente consultiva) e i vantaggi che i soggetti potranno trarre dal processo.

Gli effetti perversi di una progettazione partecipata che non tiene conto di questi accorgimenti metodologici, secondo l’analisi dell’autore, potrebbero riguardare, infatti, la strumentalizzazione della partecipazione a favore degli interessi dei soggetti più potenti del team progettuale, oppure l’instabilità di future partnership tra i soggetti della rete.

Le potenzialità dell’approccio partecipato nella progettazione sociale, sperimentato in Italia a partire dalla fine degli anni ’90 e nei primi anni del nuovo millennio, emergono soprattutto quando viene applicato nelle situazioni “in cui è necessario sviluppare nuove conoscenze a supporto di decisioni, comprese le attività di valutazione”⁴⁷. Tra i pregi di questa metodologia emerge la riduzione della distanza tra il progettista e i destinatari dell’intervento, sfidando quindi il paternalismo amministrativo, il tecnicismo, in base al quale viene data per scontata una prevalenza della prospettiva tecnica e formale di lettura dei problemi sociali, anziché dar spazio anche a visioni più informali e appartenenti a chi vive concretamente nel contesto oggetto di intervento.

⁴⁴ M. Brunod, *Aspetti metodologici nella progettazione partecipata*, in Spunti, n. 9/2007, pag. 128.

⁴⁵ U. De Ambrogio, *Come fare un buon progetto partecipato?*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 4/2009, pp. 1-4.

⁴⁶ U. De Ambrogio, *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci Faber, Roma, 2003, pag. 55.

⁴⁷ *Guida alla Progettazione Partecipata*, pag. 1, in www.db.formez.it – accesso gennaio 2012.

In questa direzione è possibile inoltre promuovere maggiori occasioni di innovazione rispetto alle problematiche sociali, in quanto viene favorito uno sguardo multiprospettico sulla realtà, con l'integrazione di più competenze.

Secondo la disamina di Brunod, la percorribilità della strada della progettazione partecipata, oggi è sostenuta anche da queste ipotesi interessanti: il fatto che la partecipazione catalizzi, in un certo senso, dei processi di avvicinamento e di ridefinizione di significati di fenomeni e problematiche che a livello sociale generano sentimenti di insicurezza e paura, in quanto percepiti come sconosciuti e inattesi. L'autore inoltre ritiene che la progettazione partecipata, superando un approccio di tipo assistenzialistico, permette di riconoscere i problemi sociali come fenomeni relazionali, che non possono quindi per loro natura essere definiti a priori, ma si costruiscono nelle relazioni tra soggetti⁴⁸, per questo è utile mobilitare una molteplicità di risorse all'interno sia dei singoli che nel contesto locale, sia pubblico che privato.

2.4.4 L'approccio euristico.

L'approccio euristico, come quello concertativo, fa parte della macro categoria degli approcci alla progettazione definita *dialogico-concertativa*, che prevede un livello inferiore di strutturazione rispetto a quella *razionale*, in cui rientra invece il modello sinottico.

Il modello euristico, la cui definizione deriva dal greco *eurisko*, che significa "ricerca", si differenzia da quello concertativo in quanto, pur valorizzando la fase di attivazione, qui non vengono individuati a priori degli obiettivi specifici ma l'attenzione è rivolta principalmente verso il processo che si instaura tra gli attori coinvolti e in particolare con i destinatari dell'intervento, insieme ai quali verranno definiti obiettivi e il tipo di intervento da mettere in atto.

Il processo, in questa prospettiva, acquista un significato diverso rispetto all'approccio sinottico razionale in quanto diventa il prodotto stesso dell'intervento, che si definisce e conosce nel momento in cui si realizza.

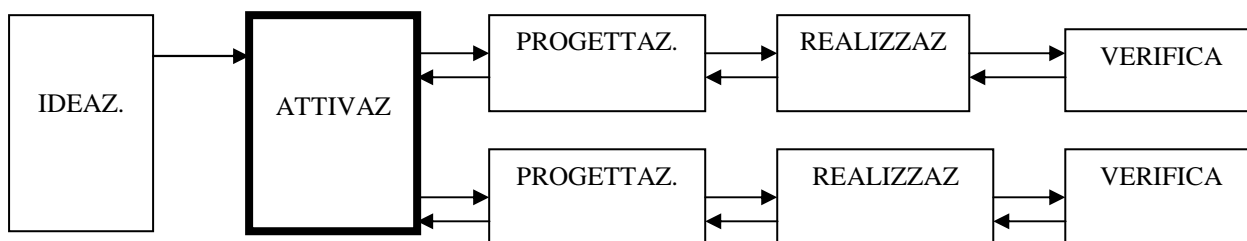
Dal processo di progettazione, attuato attraverso una metodologia di ricerca-azione, infatti, gli attori coinvolti diventano dei ricercatori, ossia avranno la possibilità di sviluppare, in modo partecipato, delle conoscenze rispetto agli obiettivi da perseguire e ai cambiamenti realmente attuabili in contesti particolarmente complessi in cui sarebbe difficile e rischioso, in termini di fallimento del progetto, predeterminare un esito dell'intervento a partire da dati già "pre-confezionati".

Questo approccio risulta molto utile quando gli attori che si accingono alla progettazione, rilevano la necessità di costruire in modo partecipato la definizione del problema, l'analisi del contesto di

⁴⁸ M. Brunod, (2007), *op. cit.*, pp. 129-130.

riferimento, della comunità, delle strategie d'azione, coinvolgendo in modo attivo una rete di soggetti, tra cui i destinatari stessi dell'intervento.

Fig. 4. Le tappe della progetto nell'approccio euristico.



Come si evince dallo schema tratto da Leone⁴⁹, inerente la distribuzione delle tappe della progettazione secondo il modello euristico, la fase dell'*attivazione* è centrale, come in quello concertativo, ma a differenza di quest'ultimo, qui gli obiettivi non sono stabiliti a monte ma si definiscono via via durante la progettazione partecipata che diventa il prodotto del processo di progettazione e non il momento di partenza dell'intervento.

Durante l'attivazione della comunità locale si costruisce pertanto la rete dei soggetti da coinvolgere e sensibilizzare in merito al problema da affrontare, attraverso una logica di empowerment che permette di identificare i destinatari dell'intervento non come soggetti passivi, ma come esperti del proprio bisogno sociale e quindi in grado di condividere con gli altri attori, delle ipotesi interpretative e delle possibili letture del disagio.

Il doppio binario che segue la tappa dell'attivazione, sta ad indicare che successivamente non verrà elaborato un unico progetto, ma potranno derivare molti micro-progetti di intervento, interconnessi tra loro e con un proprio percorso di progettazione, realizzazione e verifica.

Le caratteristiche di flessibilità dell'approccio euristico rendono questo modello di progettazione sociale particolarmente efficace quando si tratta di intervenire in situazioni multiproblematiche, in cui i bisogni non sono immediatamente definibili, complessi e che richiedono, per una loro soluzione, la mobilitazione degli stessi destinatari, della popolazione a cui è rivolto il progetto e che deve far sentire la propria voce, oppure, come evidenzia Leone, quando il successo dell'intervento dipende dall'operare integrato di più soggetti organizzativi poco connessi tra loro.

Il progettista (dirigente di un servizio o un operatore) che sceglie questo modello, secondo Orsenigo e D'Angella⁵⁰, deve assumere un "ruolo integratore" che consiste nella capacità di saper mediare e integrare diversi livelli della realtà organizzativa, come ad esempio quello tecnico, organizzativo,

⁴⁹ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 47.

⁵⁰ F. D'Angella, A. Orsenigo, (1990), *op. cit.*, pp. 65-66.

affettivo - relazionale, identificatorio e tra i conflitti, a volte espliciti a volte latenti, che si possono instaurare tra i diversi soggetti coinvolti.

Un'altra abilità del dirigente/progettista, utile in questo ambito, è quella individuata da Lanzara e citata da Orsenigo e D'Angella⁵¹, definita come "capacità negativa", intendendo una predisposizione a saper rimanere nelle situazioni ambigue, poco chiare, tipiche dei contesti sociali problematici e dei processi organizzativi, tollerando i dubbi e le incertezze, senza la pretesa di voler giungere a dati certi e oggettivi, incanalabili in schemi precostituiti. Questa posizione, in chiave filosofica, può essere letta come la concezione socratica secondo la quale "dubitare e far dubitare gli altri può essere la condizione prima per rimediare le false opinioni [...] e strumento primo nella ricerca della verità"⁵².

2.5. La valutazione nel sociale: un bisogno endogeno o una necessità?

In Italia l'idea di valutare i progetti sociali nasce negli anni '90, quasi di pari passo con l'emergere della cultura del lavoro per progetti. In questo periodo infatti, come ricorda De Ambrogio⁵³, i finanziamenti collegati ai piani d'intervento di alcune leggi di settore (per esempio la legge 285/97, 40/99, 309/90, ecc) stimolano gli operatori sociali a sviluppare l'esigenza di verificare e monitorare i risultati del proprio lavoro, attribuendone il giusto significato anche in termini di motivazione e per poter offrire ai policy makers degli elementi utili per analizzare e promuovere le politiche sociali portate avanti dai progetti. L'esigenza di valutare è determinata, in quegli anni, anche da un processo di esternalizzazione dei servizi di cui l'Ente Locale ha la titolarità e per questo motivo è interessato a monitorare gli esiti dei progetti del privato sociale, attraverso il coinvolgimento attivo di vari stakeholders.

Con il nuovo millennio e la riforma dell'assistenza (legge 328/2000) si va consolidando sempre di più la dimensione valutativa all'interno della funzione di governo del sistema integrato dei servizi sociali di un territorio, esercitata in primo luogo dai Comuni.

La responsabilità dell'ente pubblico rispetto ai bisogni sociali della popolazione, è un altro elemento da cui dipende la crescente sensibilità verso la valutazione di politiche e progetti sociali implementati direttamente o tramite altri soggetti.

Richiamando il contributo di Genova⁵⁴, si può affermare che a fronte di un crescente bisogno endogeno, a livello locale, di valutare l'efficacia, efficienza dei servizi, sembra affiancarsi un

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² E. Morselli, *Dizionario di filosofia e scienze umane*, Carlo Signorelli Editore, Milano, 1997, pp. 76-77.

⁵³ U. De Ambrogio, *Valutare i progetti: una buona idea ancora incompiuta*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 20/2009.

⁵⁴ A. Genova, *Un'esperienza di valutazione dei servizi*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 10/2007, pag. 3.

bisogno esogeno di valutazione, ossia richiesto da altri soggetti (per esempio la Regione, lo Stato, l'Unione Europea) per lo stanziamento di finanziamenti. In quest'ultimo caso tuttavia la valutazione assume più un carattere rendicontativo, piuttosto che di opportunità per acquisire nuove conoscenze e rischia di essere subita, come l'ennesimo adempimento amministrativo, più che voluta. Il rischio di ridurre la valutazione ad un mero atto di verifica e controllo, quindi poco utilizzabile ai fini di un miglioramento dei servizi, deriva anche dalla logica managerialistica introdotta nei servizi pubblici a partire dagli anni 90', che ha enfatizzato i concetti di produttività, efficienza, misurazione delle prestazioni, tipiche del mondo produttivo privato.

Emerge, pertanto come all'interno della cultura organizzativa dei servizi, pur essendoci una crescente attenzione verso i processi valutativi degli interventi sociali, ci sia ancora la necessità di un maggiore investimento di risorse destinate alla valutazione e di formazione specifica in questo campo, sia per gli operatori che per i dirigenti, al fine di promuovere un bisogno endogeno dell'organizzazione rispetto a questo tema, quale garanzia per una ricerca valutativa realmente efficace e in grado di "attribuire valore" a ciò che le organizzazioni realizzano.

2.5.1. Le definizioni di valutazione.

Il tema della valutazione sociale, come sottolinea Bezzi⁵⁵, si trova al crocevia sia di diverse discipline (sociologia, economia, scienze politiche, psicologia sociale, ecc), ognuna con teorizzazioni e metodologie specifiche, sia di diversi saperi professionali afferenti a più campi d'intervento, quali ad esempio le politiche sociali, la sanità e la politica.

Nella letteratura di settore sono presenti numerose definizioni del termine "valutazione", ognuna delle quali offre spunti di riflessione interessanti, in quanto mettono in luce diversi aspetti di un concetto complesso.

Dal contributo di Bezzi emerge una definizione che sembra comprendere i capisaldi, ormai consolidati nel campo valutativo. Esso infatti sostiene che quando si parla di valutazione nell'ambito sociale «si intende l'insieme delle attività collegate, utili per esprimere un giudizio per un fine pubblico; giudizio argomentato tramite processi di ricerca che ne costituiscono l'elemento essenziale ed imprescindibile di affidabilità delle procedure e fedeltà delle informazioni, utilizzate per esprimere quel giudizio»⁵⁶.

Analizzando questa concezione emerge, per prima cosa, che valutare corrisponde all'esprimere un giudizio che però non equivale all'azione di asserire, inteso come atto soggettivo, ma essendo

⁵⁵ C. Bezzi, *Definizione di valutazione*, videolezione n. 1, in www.valutazione.it – accesso gennaio 2012.

⁵⁶ C. Bezzi, *Definizione di valutazione*, videolezione n. 2, in www.valutazione.it – accesso gennaio 2012.

rivolto ad un fine pubblico, quindi ad un interesse collettivo, come si evince anche dalla definizione di Stame, deve essere fondato su attività di ricerca e negoziazione tra diverse parti.

Un punto fondamentale, sottolineato da altri autori⁵⁷, è quello relativo alla necessità di argomentare il giudizio attraverso un percorso di ricerca valutativa, per poter disporre di evidenze empiriche, dati e informazioni utili per la decisione.

Bezzi inoltre sottolinea l'integrazione della fase valutativa con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, con lo scopo di supportare le scelte decisionali attraverso l'analisi e la valorizzazione degli esiti, anche inattesi, impreveduti o non voluti.

Le funzioni tradizionalmente riconosciute all'attività valutativa riguardano la rendicontazione (*accountability*) e l'apprendimento (*learning*). La prima finalità, come emerge dall'analisi di Dente e Mesini⁵⁸, mira a render conto ai cittadini e ai vari stakeholders, delle scelte compiute dai decisori e a controllare lo stato di attuazione dei progetti o programmi. La funzione di apprendimento (*learning*) risulta cruciale, quando ci si riferisce alla valutazione nel campo delle politiche e dei servizi sociali, in quanto si riferisce alla possibilità di costruire significati attorno alle esperienze al fine di riprogettare in senso migliorativo gli interventi messi in atto.

In questa prospettiva, De Ambrogio⁵⁹ pone l'accento sul fatto che valutare nel sociale significa assumere un'ottica progettuale e strategica, di cui si è già accennato a proposito del processo di progettazione⁶⁰, che permette di prestare attenzione ai risultati di ogni singolo intervento, attribuendo valore anche a quelli impreveduti, in quanto permetteranno di sviluppare conoscenza, stimoleranno gli operatori di una politica o di un servizio, ad individuare nuove piste di lavoro, senza perdere la loro *mission*⁶¹ perché oppressi dal dover fronteggiare le continue emergenze.

La varietà di pratiche valutative inoltre, sostiene Ranci Ortigosa⁶², è influenzata dalle caratteristiche dell'oggetto, dal campo di valutazione e dagli obiettivi del valutatore.

Nel sociale, infatti, sono essenzialmente tre i livelli sui quali ci può essere un interesse valutativo: i casi, i servizi e le politiche⁶³.

La valutazione degli interventi sui casi sociali permette di sviluppare conoscenze sull'efficacia ed efficienza dei programmi proposti all'utente, in relazione ai bisogni evidenziati, al fine di individuare le risposte migliori e produrre un reale cambiamento della situazione iniziale.

⁵⁷ Tra cui anche le definizioni degli autori americani Suchman, Rossi e Freeman, riportate da L. Dallago, M. Santinello, A. Vieno, in *Valutare gli interventi psicosociali*, Carocci editore, Roma, 2004, pag. 11.

⁵⁸ E. Ranci Ortigosa, *Valutazione delle politiche e degli interventi sociali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. - 15-16/2009, pp. 1-2.

⁵⁹ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 27-31.

⁶⁰ Cfr. paragrafo 2.1.1.

⁶¹ Con il termine *mission* si fa riferimento al funzionamento, le attività, i valori, la cultura, ovvero il mandato istituzionale di un servizio o di una politica, quello che F. O. Manoukian, in *Cose mai viste*, pp. 35-36, definisce "un binario fisso e ineludibile per il lavoro".

⁶² *Ibidem*

⁶³ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 32-33.

Questo livello di valutazione sarà utile anche al dirigente o responsabile del servizio per comprendere se le risposte fornite ad un determinato gruppo di destinatari (famiglie, anziani, disabili, ecc) risulta effettivamente adeguato a risolvere i problemi di quel target di popolazione.

Infine, anche gli amministratori pubblici traggono vantaggio da questi livelli di valutazione per decidere se le politiche attuate nel territorio corrispondono ai bisogni sociali del momento o se devono essere riorientate, affinché venga dato ascolto alla comunità territoriale impiegando al meglio le risorse disponibili.

E' importante rilevare come la valutazione, in ognuno di questi livelli, assume una dimensione definita "frattale"⁶⁴, infatti, sia che si tratti di valutare un caso, un servizio o, a livello più macro, una politica, i soggetti coinvolti adotteranno i medesimi principi metodologici, il disegno valutativo seguirà le stesse tappe e la trasmissione delle informazioni e degli apprendimenti conseguiti alimenteranno vicendevolmente gli altri livelli.

Risulta interessante notare, attraverso i contributi di questi autori, come l'integrazione tra i livelli di valutazione favorisca, a livello di governance, lo sviluppo di processi di apprendimento (*learning*) basati su evidenze empiriche, che possono aprire nuovi spazi di negoziazione e dibattito anche tra operatori dei servizi, dirigenti e policy maker, permettendo ai primi di acquisire maggiore consapevolezza rispetto ai risultati raggiunti nel loro lavoro e conseguentemente una più solida legittimazione del proprio operato, oltre che una certa capacità contrattuale innanzi agli amministratori, relativamente alle scelte di politica sociale, in un ottica di sviluppo e di miglioramento.

2.5.2. Il processo di valutazione: valutazione ex ante, in itinere, ex post.

La valutazione, sia che interessi i casi, i servizi o le politiche, non deve essere considerata la tappa conclusiva di un progetto, ma un processo che accompagna tutte le fasi del ciclo di progettazione, prima del momento decisionale (*valutazione ex ante*), durante l'implementazione di un servizio o progetto (*valutazione in itinere*) e al termine di un programma d'intervento (*valutazione ex post*).

Dai contributi di De Ambrogio e di Bezzi risulta che la valutazione ex ante ha lo scopo di supportare i decisori a far comprendere i pregi e le criticità delle diverse alternative in campo e quindi mette in evidenza gli impatti possibili, derivanti dall'azione che si intende promuovere. Questo tipo di valutazione inoltre permette di scegliere tra progetti alternativi o fra diverse modalità operative per la realizzazione di un progetto. In particolare, la valutazione ex ante, è importante

⁶⁴ «con il termine *frattale* si fa riferimento ad una struttura, in natura, che si ripete con analoghe strutture dal grande al piccolo come, ad esempio, il cavolfiore, il cui piccolo fiore ha l'identica struttura dell'intera pianta», in U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, *L'assistente sociale e la valutazione*, Carocci Faber, Roma, 2007, pag. 91 e 236.

quando, utilizzata ai fini selezionatori, il valutatore si trova innanzi ad un problema di allocazione ottimale delle risorse in presenza di più richieste rispetto ai fondi da distribuire. In questo caso è fondamentale garantire la trasparenza del processo decisionale e contenere la discrezionalità del valutatore.

Quando non esiste una reale possibilità di scelta è comunque possibile effettuare questa tipologia di valutazione, in quanto è in grado di mettere in luce i possibili effetti a medio e lungo termine, affinché si possano apportare correzioni al progetto operativo ancora da implementare.

Il processo valutativo continua anche quando il progetto è in corso d'opera e permette di evidenziare tutti quegli elementi che confermano o suggeriscono la necessità di modifiche alle scelte operative iniziali. La valutazione in itinere ha lo scopo di riorientare, se necessario, l'intervento mentre si realizza e facilita quindi, come osserva De Ambrogio, "l'espressione di giudizi per il cambiamento"⁶⁵. E' importante, a livello concettuale, non associare la valutazione in itinere al solo *monitoraggio*, in quanto quest'ultimo rappresenta uno strumento della valutazione in itinere, utile ad accertare e descrivere lo stato di avanzamento dei progetti e dei programmi, fornisce informazioni utili per proseguire la valutazione in itinere e indica eventuali piste di approfondimento per rilevare le eventuali criticità e fattori di successo dell'intervento o della politica. Questo strumento tuttavia non può essere utilizzato per altre funzioni valutative, quali ad esempio quelle relative all'acquisizione di conoscenze sulla qualità, gli esiti, l'efficacia degli interventi o delle politiche⁶⁶.

La valutazione *ex post* analizza il raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto appena concluso e di eventuali altri risultati, inoltre permette di prevedere per il futuro soluzioni adeguate per interventi simili. In particolare, la valutazione effettuata dopo la conclusione di un progetto, mira a verificare essenzialmente tre aspetti:

- se gli interventi sono stati realizzati, quindi si parlerà di valutazione di *output* (esito). La valutazione qui giudicherà l'efficacia e l'efficienza "interna", ovvero, secondo Bezzi⁶⁷, la verifica della correttezza delle procedure realizzate e la rispondenza dei prodotti agli obiettivi. Lo strumento adatto per una valutazione di output è il monitoraggio;
- come sono stati implementati, ovvero si giudica la performance realizzata (valutazione di *outcome* o di risultato) attraverso le tecniche di analisi di performance, rilevazioni della soddisfazione degli utenti. In questo caso l'attività verterà sulle dimensioni di efficacia (quella che Bezzi⁶⁸ definisce "esterna", intendendo la rispondenza tra quanto realizzato e i bisogni

⁶⁵ Ivi, pag. 35.

⁶⁶ Ivi, pag. 195.

⁶⁷ C. Bezzi, *Cos'è la valutazione*, Franco Angeli, Milano, 2007, pag. 41.

⁶⁸ *Ibidem*.

espressi dai soggetti che, inizialmente, hanno posto una domanda di intervento), efficienza e qualità;

- se effettivamente è servita, (valutazione di *impatto*), si va ad analizzare l'effetto "netto"⁶⁹, ovvero la capacità del progetto di produrre effetti in termini di trattamento del problema. In questo caso l'effetto dovrà essere unicamente attribuibile all'intervento messo in atto. La valutazione d'impatto è utile perché evidenzia anche gli effetti inattesi, sia positivi che negativi. Altre definizioni tipologiche di valutazione che, come afferma De Ambrogio⁷⁰, sono non alternative ma connesse con la valutazione *ex ante*, in itinere ed *ex post*, sono la valutazione *di processo*, la valutazione *della qualità* e la valutazione *partecipata*.

La valutazione di processo è utile in quanto permette di formulare un giudizio valutativo a fronte di un'analisi relativa all'organizzazione, alle procedure adottate per conseguire gli esiti di un determinato intervento, le risorse e gli ostacoli incontrati durante la realizzazione, le strategie di coinvolgimento dei destinatari.

La valutazione della qualità di un intervento, nel campo sociale, è invece finalizzata ad evidenziare il livello di accettabilità in termini di efficienza ed efficacia raggiunto da un servizio o da un progetto. In questo caso la centratura è sull'utente e sui rapporti che si sono instaurati tra struttura, operatori e l'utente stesso, al fine di individuare gli eventuali elementi che hanno impedito ai destinatari di ricevere delle risposte adeguate ai loro bisogni.

La valutazione della qualità si può intrecciare al processo di valutazione *ex ante*, nel caso in cui, così come previsto dalla legge 328/2000, la gestione dei servizi venga realizzata attraverso le modalità del *contracting out* o dell'accreditamento. In entrambi i casi, quindi sia che si tratti di una scelta da parte dell'ente pubblico di esternalizzare dei servizi a soggetti privati, sia che la scelta dell'ente pubblico sia quella di far entrare nel mercato socio-sanitario dei soggetti in grado di erogare servizi per conto del sistema sanitario nazionale, per l'ente pubblico si pone la necessità di valutare *ex ante* i requisiti di qualità. Per fare questa operazione, garantendo la trasparenza delle scelte e l'autonomia decisionale, l'ente pubblico deve innanzitutto «comprendere cosa sia il meglio per un'amministrazione»⁷¹, ovvero essere in grado di definire e descrivere, attraverso indicatori e criteri specifici, la propria idea di qualità, riuscendo a declinarne le caratteristiche, potendo mantenere, in particolare nel caso dell'accreditamento, analizzato da Battistella⁷², un monitoraggio continuo sulla persistenza dei requisiti richiesti e degli standard strutturali e organizzativi previsti.

⁶⁹ *Ivi*, pp. 209-210.

⁷⁰ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 35-38.

⁷¹ *Ivi*, pag. 136.

⁷² A. Battistella, *L'accreditamento istituzionale: una sfida difficile*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 21/2001, pag. 3.

L'approccio partecipato alla valutazione⁷³ prevede invece il coinvolgimento degli stakeholders implicati nel processo di progettazione per il raggiungimento di una maggiore efficacia dell'intervento. L'utilizzo di questa metodologia si è consolidato nel campo dei servizi sociali anche attraverso alcune norme fondamentali di settore, quali la 285/97 e la 328/00 che valorizzano un'idea di governance locale basata sulla concertazione, consultazione e sugli accordi e negoziazioni tra i diversi attori del sistema dei servizi sociali. La scelta di questo approccio tuttavia, come sottolinea Bezzi⁷⁴, non può e non deve essere una scelta ideologica ma metodologica, ossia basata sulla necessità di comprendere l'evaluando all'interno del suo contesto, (le persone, i loro bisogni, desideri, valori, ecc). Per valutare in modo partecipato è necessario che i diversi soggetti raggiungano un obiettivo di lavoro comune, un'area di convergenza rispetto ai diversi interessi in campo. Come si evince da un'analisi di un'esperienza di valutazione condotta da alcuni autori⁷⁵, questo presupposto richiede una specifica attenzione rispetto all'esplicitazione delle reciproche posizioni in merito alla valutazione.

La partecipazione di più soggetti al processo valutativo, secondo la definizione di Martini e Sequi, riportata da De Ambrogio⁷⁶, non ha lo scopo di raccogliere dei dati, ma di trasformare i singoli attori in soggetti collettivi capaci di produrre e interpretare i dati relativi al proprio contesto (organizzazione, comunità locale, servizio), comprenderne l'utilità e assumerne la responsabilità rispetto alle decisioni da intraprendere.

Infine è bene sottolineare la posizione di Stame e Leone⁷⁷, circa la scelta degli approcci alla valutazione, che rifiuta una visione della valutazione con pretese universalmente valide in quanto, considerata la complessità del sociale, risulta più efficace utilizzare metodi misti che permettono "contaminazioni" tra i diversi approcci, favorendo quindi lo sviluppo di una valutazione *dialogica*⁷⁸.

2.5.3. I principi fondamentali per una valutazione metodologicamente corretta.

La valutazione nell'ambito sociale affinché possa dirsi realmente attendibile ed efficace deve essere sostenuta da alcuni principi basilari che in diversi contributi della letteratura valutativa⁷⁹ vengono così identificati:

⁷³ Cfr. paragrafo 2.3.3. relativo alla *progettazione partecipata* in merito ai pregi e i rischi della valutazione partecipata.

⁷⁴ C. Bezzi, (2007), *op. cit.*, pag. 47.

⁷⁵ U. De Ambrogio, C. Dessi, V. Ghetti, D. Gregorio, *La valutazione di progetti per la promozione della coesione sociale: analisi di un'esperienza*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 20/2009, pag. 9.

⁷⁶ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 49-50.

⁷⁷ *Ivi*, pag. 117.

⁷⁸ Per approfondire la prospettiva dialogica della valutazione si veda AA.VV. del gruppo di lavoro sulla valutazione dello studio APS, *Ridefinire metodologie e strumenti di valutazione in una prospettiva dialogica*, pp. 69-94.

⁷⁹ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 55-56, U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, (2007), *op. cit.*, pp. 91-94, A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa, (2004), *op. cit.* pp. 117-119.

- il *principio di autovalutazione* secondo il quale ogni soggetto interessato alla valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione, si mette in gioco al fine di raggiungere un apprendimento utile a migliorare il proprio operato in relazione all'obiettivo comune.
- Il *principio dei diversi livelli di valutazione*, in base al quale il processo valutativo offre a tutti i livelli istituzionali coinvolti (dal singolo utente, all'operatore del servizio, dirigente e amministratore) spunti interessanti e apprendimenti per poter valutare il progetto, servizio o politica a cui, a livelli differenti, si è partecipato.
- Il *principio di non autoreferenzialità*: affinché la valutazione sia il più possibile attendibile è necessario confrontare più fonti e riscontri oggettivi, trattando i problemi con una certa obiettività e profondità, tenendo presente però che nel campo dei servizi sociali non è possibile raggiungere pienamente una condizione di oggettività assoluta.
- Il *principio di confrontabilità* prevede una valutazione basata su criteri di giudizio e metodi omogenei che consenta una comparazione nel corso del tempo con altre esperienze al fine di poter riprogrammare gli interventi sulla base di riscontri oggettivi.
- Il *principio di trasparenza* consente di ottenere valutazioni documentate che favoriscano i processi decisionali a tutti i livelli di governo, secondo una logica di chiarezza delle relazioni e di rispetto del "diritto di sapere", appartenente a tutti gli stakeholders coinvolti nel processo di progettazione e valutazione.

2.5.4. Il percorso di costruzione del disegno di valutazione.

La ricerca valutativa, intesa come possibilità di argomentare il giudizio valutativo tramite informazioni verificabili, deve essere sostenuta da un *disegno di valutazione*, che consiste, come definisce Bezzi⁸⁰, in un progetto valutativo in grado di collegare il contesto, l'oggetto di valutazione, gli attori coinvolti, gli scopi della valutazione, per poter scegliere la strategia valutativa più adatta.

La valutazione, infatti, chiarisce l'autore, è un processo che richiede assunzione di responsabilità e può far incorrere il valutatore in situazioni conflittuali che rischiano di diventare un boomerang, se non è sostenuto da un pensiero (il disegno di valutazione per l'appunto), uno spazio mentale in cui, insieme agli altri soggetti coinvolti nel processo, sia possibile chiarire il mandato, cosa e perché si valuta.

⁸⁰ C. Bezzi, (2007), *op. cit.*, pp. 51-53.

Affinché la valutazione sia in grado di fornire strumenti utili per un apprendimento continuo e per una modifica degli interventi in atto, il disegno di valutazione, come afferma De Ambrogio⁸¹, va costruito insieme al progetto d'intervento, ne deve essere parte integrante e accompagnarlo in tutte le sue fasi.

Ogni operatore impegnato in un progetto d'intervento dovrebbe quindi accingersi, fin dall'inizio del percorso, ad impostare la costruzione di un disegno di valutazione del progetto. Per avviare la costruzione del disegno valutativo, De Ambrogio⁸² in più fonti, propone un percorso articolato in undici passaggi logici, il cui rispetto può garantire al valutatore una ricerca efficace e completa, evitando possibili incomprensioni, difficoltà relazionali e ambiguità.

In particolare essi sono così sintetizzabili:

1. individuazione della *finalità* della valutazione: è la buona ragione che induce a valutare un determinato caso, servizio o politica.
2. esplicitazione dello scopo o della *mission* del progetto, intervento o politica che si intende valutare: corrisponde agli indirizzi di fondo, ai valori che orientano l'intervento e che può essere utile agli operatori per recuperare il senso profondo del proprio lavoro.
3. identificazione delle *dimensioni* da valutare: sono gli aspetti specifici sui quali si concentrerà il processo valutativo.
4. determinazione dei *criteri* di valutazione, ovvero i paradigmi di valore che indicano al valutatore cos'è importante rilevare, in base alle dimensioni valutative.
5. identificazione degli *indicatori*: con questo termine si intende “una variabile (quantitativa o qualitativa) in grado di rappresentare sinteticamente un fenomeno e riassumerne l'andamento”⁸³. L'indicatore può quindi tradurre in elementi osservabili e misurabili le domande della valutazione. Considerata la complessità dei fenomeni sociali da valutare e quindi la difficoltà di misurarli, l'autore suggerisce che è preferibile ricorrere a gruppi di indicatori provenienti da diverse fonti informative. Incrociando più indicatori sarà quindi possibile misurare la realizzazione di obiettivi di qualità di un intervento, di un servizio o di una politica.
6. identificazione degli *strumenti* (quantitativi e qualitativi) e delle *fonti* informative per raccogliere i dati e per attribuire significato agli indicatori.
7. *rilevazione* sul campo: in questa tappa si procede alla raccolta dei dati e delle informazioni con gli strumenti costruiti e secondo le fonti informative individuate.
8. *analisi* dei dati e delle informazioni raccolte attraverso un'analisi statistica oppure con tabelle comparative per semplificare le informazioni qualitative raccolte.

⁸¹ U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, (2007), *op. cit.*, pag. 95.

⁸² U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 60-66 e U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, (2007), pp. 96-101.

⁸³ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pag. 64.

9. la *valutazione vera e propria*, in cui, in modo partecipato, si esprimono giudizi finalizzati ad indicare punti di forza e criticità di un progetto e le aree di miglioramento.
10. identificazione delle *strategie di miglioramento*, quindi le azioni da implementare per realizzare i miglioramenti ipotizzati.
11. *restituzione* dei risultati della valutazione agli stakeholders, ovvero a chi ha diritto di sapere e rispetto a chi è utile che sappia. Il significato della valutazione, infatti, verrà compreso, condiviso e potrà diventare realmente utile ai fini di un miglioramento, solo se gli attori del processo d'intervento (operatori, destinatari, amministratori, ecc) verranno coinvolti, ma non solo in questa fase, bensì in tutte le tappe del processo di progettazione, in base al grado di partecipazione richiesta ed esplicitata a priori.

In conclusione, come ricorda Prezza⁸⁴, il percorso valutativo, affinché possa essere realmente utile agli operatori di un servizio, deve necessariamente trovare l'approvazione dello staff di progettazione, altrimenti rischierà di essere vissuto come qualcosa di imposto e non consentirà una vera partecipazione dei soggetti. Inoltre è importante divulgare gli esiti della valutazione, per motivazioni di trasparenza e correttezza e anche perchè chi avrà preso parte al percorso, se non verrà informato rispetto agli esiti, potrà percepire di essersi impegnato e aver investito del tempo per nulla. I risultati inoltre devono essere utilizzati in modo corretto, ad esempio evitando di strumentalizzarli, divulgando ad esempio solo quelli positivi che avvalorano le decisioni già assunte.

⁸⁴ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pag. 136.

3. Dalla teoria alla prassi: un'esperienza di co-costruzione di uno strumento professionale per la gestione del servizio Tutela Minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria dell'ASL di Brescia e dell'Ambito n°1.

Dopo aver illustrato, a livello teorico, le definizioni, i principi metodologici e gli approcci alla progettazione e valutazione nel sociale, attraverso l'incrocio di più fonti e contributi autorevoli presenti in letteratura, si intende ora esplorare la possibilità di tradurre, nella prassi dei servizi sociali, tali costrutti teorici.

Questo obiettivo è stato perseguito attraverso l'analisi di un'esperienza formativa, condotta da due esperti dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano¹, volta alla co-costruzione di uno strumento di progettazione individualizzata dei casi, nell'ambito del Servizio bresciano di Tutela Minori con provvedimento della Magistratura, realizzatasi tra giugno 2010 e maggio 2011 e che ha coinvolto attivamente due enti e due categorie professionali, ossia gli assistenti sociali del Comune di Brescia, ente capofila dell'Ambito n. 1² e gli psicologi dell'ASL, con i rispettivi Responsabili di Servizio.

L'esperienza formativa che verrà presentata era finalizzata a creare una presa in carico dei casi integrata, tra sociale e sanitario, attraverso la costruzione e implementazione di nuove metodologie di lavoro professionale e nuovi strumenti di progettazione congiunta.

L'analisi di questo percorso formativo si sviluppa secondo un disegno di ricerca che comprende le seguenti fasi:

- in un primo momento è stata fatta una ricerca di sfondo per comprendere il contesto organizzativo e professionale in cui si inseriva il percorso formativo.

A tale scopo è sembrato utile ricostruire l'evoluzione del quadro normativo, nazionale e regionale, che, in questi ultimi dieci anni, ha accompagnato l'implementazione di importanti cambiamenti organizzativi all'interno dei due enti, prestando attenzione, in particolare, alle modalità di realizzazione dell'integrazione tra gli interventi sociali e socio sanitari nell'area minori e, precisamente, nel settore della tutela dei minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Oltre ai mutamenti normativi, si è dato conto dell'evoluzione dei bisogni espressi dalla società di Brescia, nell'area minori, e la programmazione dell'offerta di servizi e prestazioni da parte dell'ente locale in virtù di tali evidenze, sia per quanto riguarda l'ambito della prevenzione che per quello che riguarda la tutela dei minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Per comprendere la cultura organizzativa dei servizi del territorio bresciano sono state analizzate anche le ricadute di tali mutamenti sulla vita professionale degli operatori coinvolti e sulle loro

¹ U. De Ambrogio e C. Guidetti, dell'area "Progettazione e valutazione dei servizi sociali" dell'Irs.

² L'ASL di Brescia è composta da n. 12 Ambiti Territoriali, di cui Brescia rappresenta l'Ambito n. 1.

modalità operative, considerando le criticità e i punti di forza, con riferimento, in particolare, al nuovo ruolo di “regia” del Comune per quanto concerne la tutela dei minori, a seguito del ritiro delle deleghe conferite all’ASL.

- Dopo questa prima ricerca di sfondo, è stato approfondito il percorso formativo condotto dall’IRS all’interno del gruppo integrato di professionisti appartenenti alle due organizzazioni (ASL e Comune) e volto alla creazione di uno strumento di progettazione congiunta sui casi di tutela minori con provvedimento.
- Le fonti utilizzate per raccogliere tali informazioni sono stati i documenti legislativi e il Piano Sociale di Zona 2009 – 2011 dell’Ambito del Distretto n. 1 di Brescia e delle interviste somministrate a soggetti ritenuti significativi e rappresentativi dei servizi sociali e sanitari protagonisti dell’esperienza formativa condotta dall’IRS.

E’ stata quindi predisposta una batteria di domande da porre ai due Responsabili degli enti coinvolti: la Responsabile del Servizio Minori del Comune di Brescia e la Responsabile dell’Unità Operativa Interdistrettuale Materno Infantile dell’ASL di Brescia.

Un’altra griglia di domande è stata somministrata ad alcuni professionisti che si sono resi disponibili a collaborare in questo lavoro di analisi, in particolare due assistenti sociali del Servizio Tutela Minori comunale e tre psicologi del Nucleo Tutela Minori dell’ASL.

Per raccogliere ulteriori dati, connessi agli aspetti metodologici dell’esperienza formativa, rivolta agli assistenti sociali e psicologi dei due enti, si è potuto intervistare anche una ricercatrice/formatrice dell’IRS che ha condotto tale percorso sul campo.

- Le ipotesi elaborate e che sostengono l’analisi di questa esperienza formativa di co-costruzione, finalizzata ad ottenere degli apprendimenti in un’ottica di miglioramento delle prassi professionali, sono:
 - a) La prima si fonda sull’idea, sostenuta da Manoukian in più fonti e riportate anche all’interno di questo elaborato, che in un contesto organizzativo contrassegnato da complessità (come nel caso del servizio tutela minori) e da profondi mutamenti, sia dal punto di vista normativo, sia rispetto all’evoluzione dei bisogni dell’utenza e delle dinamiche interne (nuove modalità di lavoro, nuovi assetti organizzativi, procedure operative da implementare, ecc), una opzione metodologica efficace per affrontare le possibili crisi che questi cambiamenti spesso comportano nei soggetti che fanno parte delle equipe di questi servizi, possa essere l’approccio della ricerca-azione, quale «possibilità di intraprendere un percorso di conoscenza insieme ad altri [...] per distinguere e cogliere relazioni tra soggetti e problemi suscettibili di aperture e rielaborazioni, per introdurre sguardi inediti che siano in grado di ri-vedere e ri-vedersi»³.

³ F. O. Manoukian, *Presupposti ed esiti della ricerca-azione*, in Spunti, n. 9/2007, pp. 112-113.

- b) Si suppone che per realizzare un'efficace integrazione sociosanitaria nella presa in carico dei casi di tutela minori, sia necessario un contesto di chiarezza di compiti istituzionali e professionali e di corresponsabilità assunte dai soggetti istituzionali e dagli operatori nei confronti dell'obiettivo perseguito, nel rispetto delle reciproche competenze e autonomie professionali.
- c) Un'altra ipotesi sulla quale si snoda il presente elaborato consiste nella possibilità di creare delle "contaminazioni"⁴ tra teoria sulla progettazione e valutazione nel sociale e le prassi operative dei servizi attraverso la creazione di uno specifico strumento di lavoro (la scheda di progettazione individualizzata dei casi, che verrà in seguito esaminata);
- La ricerca prevede inoltre la rielaborazione dei contenuti delle interviste e dei documenti analizzati e la verifica di tali ipotesi
 - Si concluderà quindi con la presentazione degli apprendimenti prodotti attorno al tema della progettazione individualizzata dei casi, nell'ambito della tutela minori, durante il percorso di ricerca effettuato.

3.1. Il fenomeno del ritiro delle deleghe nel territorio bresciano.

Il sistema di welfare locale, come già analizzato nel primo capitolo⁵, con la legge quadro dei servizi sociali, legge 328/2000, affronta un processo di riorganizzazione in cui le amministrazioni locali iniziano gradualmente a riappropriarsi delle funzioni di programmazione, progettazione e coordinamento delle politiche sociali del proprio territorio, secondo una prospettiva di integrazione e valorizzazione delle risorse messe in campo dai diversi soggetti della comunità locale, rinunciando quindi a una delega di tali funzioni ad altri soggetti, come ad esempio le ASL.

La legge 328/2000, in particolare all'art. 19, prevede inoltre, attraverso il Piano di zona, una programmazione associata dei servizi sociali e, come evidenzia Battistella, «ha reso necessario per i Comuni la definizione di nuovi strumenti per la gestione integrata delle politiche e di forme organizzative in grado di unificare la gestione dei servizi all'interno di una pluralità di Comuni»⁶. Tale orientamento è stato tradotto nei diversi territori italiani con modalità differenti, in base alle caratteristiche specifiche della zona, alle dimensioni demografiche, ai vincoli di bilancio, alle prassi consolidate relative alla gestione dei servizi, ai rapporti che nel tempo si sono instaurati tra i diversi

⁴ L'espressione è tratta da U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, (2007), *op. cit.*, pag. 111, in quanto sembra descrivere perfettamente la relazione tra il pensare e l'agire che, in questa prospettiva, si pongono, (come evidenzia S. Fargion in *I linguaggi del Servizio Sociale*, Carocci editore, Roma, 2002, pag. 26), lungo un continuum e non in un rapporto gerarchico.

⁵ § 1.1.3.

⁶ A. Battistella, *Gestione associata: problema politico o tecnico?*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2/2007, pag. 1.

Comuni e tra questi e altre istituzioni pubbliche o altri soggetti del privato sociale. La valutazione di tutti questi elementi sarà alla base, come sostiene Battistella⁷, di una scelta politica, più che tecnica, per l'individuazione delle modalità più appropriate per realizzare una gestione associata dei servizi sociali di un determinato territorio.

Questo processo di ridefinizione del welfare locale ha interessato anche il territorio bresciano, in particolare, per quanto riguarda l'ambito della Prevenzione e Tutela dei Minori, l'amministrazione comunale di Brescia, dopo l'emanazione della legge quadro nazionale, ha messo in atto un processo decisionale che ha visto la ri-acquisizione graduale delle competenze, precedentemente delegate all'ASL di Brescia.

Tale scelta politica, come si può desumere dalle parole dell'ex assessore ai servizi sociali del Comune di Brescia⁸, oltre a rispondere ad una normativa nazionale che riconosceva un ruolo diverso all'Ente Locale, trae fondamento anche da una valutazione in merito all'evoluzione dei bisogni dei minori e delle famiglie del territorio. Nei primi anni del 2000 infatti sembrano emergere nel territorio bresciano nuove aree d'intervento, in particolare:

- il fenomeno migratorio (dal 1994 al 2004 le famiglie, sia italiane che straniere, residenti nel Comune di Brescia, sono passate da 80.296 a 91.177 e di queste, il 14% erano straniere) e i relativi problemi di integrazione tra diverse culture e di accesso al mercato del lavoro e della casa;
- nuove povertà e nuove fasce di popolazione investite dal disagio economico, in particolare abitativo;
- frammentazione familiare e nuclei monogenitoriali con conseguenti difficoltà psicologiche ed economiche;
- assenza di significative reti di appartenenza che rendono la famiglia sempre più sola nell'affrontare i compiti educativi, di cura e di assistenza;
- affievolimento, nel territorio, di reti di relazioni sociali e culturali significative e di supporto;
- nuovi bisogni dei bambini e dei ragazzi che richiedono un adeguamento rispetto all'offerta educativa disponibile nel territorio.

La complessità dei bisogni emergenti in quel periodo, ma, come si vedrà più avanti, tuttora presente, ha suscitato quindi negli amministratori locali l'esigenza di affrontare questo nuovo scenario sociale assumendo un ruolo di "regia" del sistema integrato di interventi e servizi sociali, coinvolgendo e valorizzando tutte le risorse presenti nel territorio (le diverse realtà istituzionali, la

⁷ *Ivi*, pp. 1-4.

⁸ S. Bonizzoni, D. Quaresmini, (a cura di), *Atti Giornata di studio. Nuove sfide del sociale lavorare con le famiglie e per le famiglie. Punti di vista teorici e prassi del Servizio Minori Comune di Brescia*, Brescia, 2005, pp. 7-8.

cooperazione sociale, il volontariato e le reti di solidarietà familiare), per costruire strategie d'intervento, rispetto alle nuove problematiche sociali, in modo condiviso e partecipato.

Il passaggio al Comune di competenze e funzioni conferite all'ASL, attraverso una normativa regionale del 1986⁹, in realtà avviene già a partire dalla metà degli anni '90, quando gli amministratori locali di quel momento, decidono di avviare una graduale riassunzione delle funzioni socio assistenziali di primo livello a favore dei nuclei familiari con minori, istituendo, nel 1994, il Servizio Minori del Comune di Brescia.

L'anno successivo, per effetto di un primo protocollo operativo sperimentale, siglato tra il Comune e l'ASL, ha inizio il passaggio delle situazioni sociali dall'ASL al Comune, ma, i casi di famiglie multiproblematiche con minori, le situazioni con minori portatori di handicap e quelle con un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, rimangono ancora in capo all'ASL.

Dalla ricostruzione storica della nascita del servizio¹⁰, emerge tuttavia che la gestione di tale protocollo operativo risultava alquanto complessa a causa della coesistenza di tempi e modalità diverse di risposta fornite agli utenti, in base al problema da essi presentato. Per questo motivo l'amministrazione comunale, a partire dal 2000, sceglie di ritirare le deleghe conferite all'ASL anche per le situazioni multiproblematiche.

Sarà necessario attendere fino al 2003, affinché si realizzi del tutto il processo di ritiro delle deleghe, quando, in attuazione di quanto previsto dalla legge 328/2000, il Comune di Brescia ha deciso di gestire direttamente anche la parte sociale delle situazioni riguardanti minori con provvedimento della Magistratura, precedentemente delegate all'ASL.

La divisione di competenze tra i due enti, per quanto attiene alle funzioni sociali, in capo ai Comuni e quelle inerenti la presa in carico degli aspetti psicologici e psicoterapeutici, afferenti all'ASL, è stata definita attraverso un nuovo protocollo operativo sottoscritto nel 2006 dai due enti.

L'integrazione tra l'unità di offerta sociale e quella socio sanitaria rappresenta, inoltre, un principio fondamentale a cui si ispira la legge della Regione Lombardia n. 3/2008 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario", in attuazione della legge quadro nazionale. La normativa infatti, per quanto riguarda l'ambito dei minori, all'art. 4, lett. a), b), c), d), e), h), i), definisce le unità di offerta sociali e, all'art. 13, precisa le competenze dei comuni, "titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale"¹¹, centrate soprattutto su attività di prevenzione e di protezione, quali ad esempio la tutela

⁹ Legge Regionale n. 1 del 07 gennaio 1986 "Riorganizzazione e programmazione dei servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia", abrogata ai sensi dell'art. 28, comma 1, lett. a), della Legge Regionale n. 3 del 12 marzo 2008.

¹⁰ S. Bonizzoni, D. Quaresmini, (a cura di), *op. cit.*, pag. 15.

¹¹ L.R. n. 3/2008, art. 13, comma 1.

dei minori e della maternità, la promozione del benessere psicofisico della persona e la salvaguardia delle relazioni familiari e della solidarietà tra famiglie e gruppi sociali.

L'art. 5, lettere a) e b), e all'art. 14 della stessa legge invece, vengono indicate le unità di offerta sociosanitarie e le competenze dell'ASL, afferenti ai compiti di sostegno e cura della persona e della famiglia.

Lo spirito della normativa regionale è, quindi, quello di porre al centro l'integrazione tra sociale e sanitario, ovvero tra Comuni e ASL, nell'ottica di una presa in carico integrata e basata su progetti personalizzati, ritenendo questo un diritto fondamentale della persona e della famiglia¹².

Per quanto riguarda la scelta della forma di gestione del servizio minori, coerentemente con le disposizioni normative nazionali a cui sopra si fa riferimento, ovvero l'art. 19 della 328/2000, gli amministratori del Comune di Brescia e del Comune di Collebeato, entrambi appartenenti all'ambito n. 1 dell'ASL di Brescia, hanno optato per una gestione associata di alcuni servizi¹³, tra cui il Servizio di Prevenzione e il Servizio Tutela Minori.

A fronte di una valutazione positiva dei risultati del penultimo Piano di Zona (2006/2008), il Piano Sociale di Zona di Brescia relativo alla triennalità 2009/2011¹⁴ riconferma la volontà di gestire in modo associato alcuni servizi, tra cui, per quanto riguarda l'area minori, il Servizio Tutela Minori e il Servizio di Assistenza Domiciliare Educativa. La gestione associata avviene dunque attraverso la delega del Comune di Collebeato al Comune di Brescia.

3.2. Il Servizio Minori del Comune di Brescia: i bisogni del territorio e le risposte dell'Ente Locale.

In questa sezione verrà presentato il Servizio Minori del Comune di Brescia al fine di poter offrire un inquadramento generale rispetto all'organizzazione attuale, i servizi e le prestazioni offerte, i valori di fondo e la mission del servizio e presentare i bisogni e le criticità emergenti, facendo riferimento all'ultima programmazione zonale (2009 - 2011) e alle informazioni raccolte attraverso un'intervista effettuata alla Responsabile del Servizio Minori del Comune di Brescia.

Attualmente l'area minori del Comune di Brescia è organizzata secondo alcuni presupposti fondamentali, enunciati anche dalla stessa Responsabile¹⁵, che possono essere considerati la "bussola" dell'agire professionale degli operatori, in grado di garantire l'offerta di interventi e di

¹² L.R. n. 3/2008, art. 7, lett. f) : "Le persone che accedono alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie hanno diritto a [...] essere prese in carico in maniera personalizzata e continuativa ed essere coinvolte nella formulazione dei relativi progetti":

¹³ Delibera del Consiglio Comunale di Brescia n. 111 del 14.06.2002 e Delibera del Consiglio Comunale di Collebeato n. 24 del 31.05.2002.

¹⁴ Ambito del Distretto n. 1 di Brescia, *Il Piano Sociale di Zona 2009/2011*, pp. 11-13.

¹⁵ S. Bonizzoni, D. Quaresmini, (a cura di), *op. cit.*, pag. 15.

prestazioni specifiche e qualificate, oltre che un supporto reciproco tra i gruppi di lavoro che collaborano per accogliere i diversi bisogni della cittadinanza.

Questi principi di fondo possono essere così sintetizzati:

- la dimensione della territorialità degli interventi, ovvero una vicinanza degli operatori al cittadino, affinché le risposte offerte siano il più possibile “su misura” delle famiglie e dei bambini;
- la specializzazione dei servizi, attraverso la presenza di professionisti con funzioni differenti;
- l’integrazione tra sociale e sanitario, soprattutto nell’ambito della Tutela Minori;
- la messa in rete e il collegamento tra servizi da offrire alle famiglie (Centri di Aggregazione Giovanile, Servizio Educativo Domiciliare, Gruppo Formazione Lavoro, Coordinamento delle risorse residenziali per minori e madri con figli), con un’organizzazione centralizzata per facilitare i compiti di verifica, monitoraggio e sviluppo della qualità;
- un’organizzazione centralizzata di servizi a supporto del lavoro territoriale, specialmente sugli allontanamenti coatti (Servizio Emergenze) in grado di sviluppare competenze anche sui bisogni non territoriali, come la presa in carico, in crescente aumento, dei minori stranieri non accompagnati, o la cui emergenza superi la territorialità della presa in carico (per esempio nel caso dei maltrattamenti intrafamiliari con necessità urgente di collocamento in collaborazione con gli organi di Polizia).

All’interno del Servizio Minori del Comune di Brescia, rivestono un ruolo di primaria importanza due servizi, in particolare, il *Servizio di Prevenzione e Promozione* e il *Servizio Tutela*, la cui descrizione sarà oggetto dei due sottoparagrafi che seguono.

Trasversalmente a questi due settori d’intervento, è interessante soffermarsi sulle letture e analisi, offerta sia dalla Responsabile del Servizio Minori del Comune di Brescia, in merito all’evoluzione dei bisogni delle famiglie e dei minori del territorio, che dalla Responsabile del Nucleo Tutela Minori dell’ASL, raccolte tramite le interviste effettuate nell’ambito di questo lavoro di ricerca.

Emergono infatti alcune situazioni particolari che stanno diventando oggetto di attenzione da parte del sistema di welfare locale e che possono essere così definite: le doppie appartenenze culturali, gli adolescenti a rischio di patologizzazione psichiatrica e adolescenti di sesso femminile con problematiche psicologiche di vario genere, sia italiane che straniere.

Dalle parole della Responsabile del Comune, emerge che il problema della cosiddetta “doppia appartenenza” riguarda «...ragazzini che non sono nati qua ma che arrivano, per esempio, all’età delle medie, con ricongiungimenti complicatissimi, in generale per tutte le culture, non solo quelle del nord Africa e del Pakistan, il problema più grande è che il padre non viene riconosciuto come autorità, il papà non conosce i figli o utilizza metodi correttivi molto forti, oppure si aggiunge la

complessità di dover gestire i figli e la moglie in questo territorio, mentre nel loro paese, con quello che lui mandava come soldi, potevano fare una vita molto agiata, mentre qua fanno una grande fatica, in più se c'è l'aggravante della perdita del lavoro, come sta avvenendo a causa della crisi, la situazione si complica maggiormente e vanno in crisi. Doppia appartenenza quindi perché questi ragazzi poi vogliono emanciparsi dal loro contesto di vita (familiare) per adeguarsi allo stile di vita incontrato qua, il non riconoscimento dell'autorità all'interno del nucleo familiare fa spezzare degli equilibri familiari».

La seconda categoria di bisogni emergenti riguarda invece quei ragazzi adolescenti molto complessi che rischiano di strutturare una patologia psichiatrica anche a causa di nuove dipendenze, tra cui emerge la dipendenza da internet. In queste situazioni viene colta una grande fragilità dal punto di vista delle competenze educative esercitate dalla famiglia d'origine. Nella presa in carico di casi così complessi, il Comune ha scelto di investire in termini di risorse multiprofessionali (assistenti sociali, educatori, mediatori culturali, mediatori etnoclinici, ecc.).

Rispetto alla situazione degli adolescenti, sia italiani che stranieri, il servizio territoriale sta quindi elaborando un nuovo pensiero progettuale rispetto ai servizi da offrire, e a tal proposito la Responsabile del Servizio Minori afferma: *«...abbiamo fatto nascere un centro diurno che sta andando molto bene, con due educatori e che accoglie massimo 8 ragazzini che andiamo a prendere alla fine della scuola. Questi ragazzi provengono da situazioni di grande fragilità, conosciute dal servizio di prevenzione, mentre altri sono ragazzi con provvedimento dell'autorità giudiziaria che prevede l'inserimento in comunità educativa ma a cui noi, in certi casi, rispondiamo (all'Autorità Giudiziaria), proponendo e motivando questa soluzione alternativa alla comunità (quando si prevede il rischio di fuga dalla struttura di accoglienza). I ragazzi sono impegnati quindi dalla mattina (durante l'orario scolastico), fino alla sera alle 20.30, quando rientrano a casa. La scommessa più grande in questo servizio è quella di riuscire a coinvolgere i genitori attraverso momenti aggregativi, ad esempio attraverso momenti di convivialità».*

3.2.1. Il Servizio di Prevenzione e Promozione.

Il Servizio di Prevenzione e Promozione del Comune di Brescia è rivolto alle famiglie che pongono una richiesta di aiuto al servizio sociale in modo spontaneo. Considerata la crescente complessità dei bisogni rappresentati dall'utenza, il Comune ha instaurato nel territorio un rapporto di integrazione e co-progettualità con il Terzo Settore (Cooperative, Associazioni, Volontariato) al fine di poter ampliare l'offerta dei propri servizi e interventi. Infatti, nell'ambito della prevenzione e in particolare per quanto riguarda il sostegno alla genitorialità, operano non solo gli assistenti

sociali dipendenti dell'Ente, ma, attraverso apposito appalto al Terzo Settore, l'Amministrazione Comunale, come si evince dall'ultimo Piano Sociale di Zona, ha voluto offrire altre competenze professionali, quali psicologi, educatori professionali, mediatori culturali ed etnoclinici. Ad esempio, quest'ultimo servizio, ovvero la mediazione etnoclinica, come ha spiegato la Responsabile del Servizio, «...permette di approfondire alcune tematiche particolari, in considerazione del fatto che nel servizio prevenzione e promozione circa il 70% dell'accesso è costituito da utenza straniera».

Attraverso l'intervista effettuata alla Responsabile del Servizio Minori del Comune di Brescia, nonché dall'ultima programmazione zonale (Piano Sociale di Zona 2009 - 2011), emerge che il servizio prevenzione e promozione ha l'obiettivo di offrire risposte diversificate e qualificate alle famiglie «...al fine di prevenire il deteriorarsi delle relazioni intrafamiliari, con riferimento soprattutto alle famiglie con una serie di difficoltà, da quelle economiche, sociali, di isolamento, le madri sole con figli, che non hanno la capacità di accedere direttamente ad altri servizi, come per esempio il consultorio familiare dell'ASL, per richiedere un aiuto specialistico, ma che vanno al servizio sociale per situazioni di precarietà economica o altri bisogni socio assistenziali...». In questi casi, dove i bisogni sembrano invadere più sfere di vita della persona e della famiglia sembra fondamentale, quindi, una presa in carico globale da parte del servizio sociale comunale, prevedendo un sistema di offerta di servizi integrati con le risorse del territorio per costruire con le famiglie percorsi di cambiamento e di sostegno, in modo da evitare che si strutturino situazioni di rischio e pregiudizio per i minori che comportino, successivamente, il ricorso, da parte del servizio pubblico, all'Autorità Giudiziaria.

Nel Piano di Zona di Brescia le azioni previste come priorità d'intervento, all'interno dell'area prevenzione, si ispirano alle Linee Guida regionali per la programmazione dei Piani di Zona¹⁶, le quali, oltre a prevedere un consolidamento del sistema di offerta esistente, sostengono la necessità di individuare “nuove soluzioni in grado di sostenere la famiglia in tutti i cicli di vita, favorendo interventi preventivi che sappiano incidere sugli elementi d'emergenza e cronicità”¹⁷.

L'analisi dei bisogni emergenti, effettuata dal tavolo tecnico della precedente edizione del Piano di Zona, ha messo in luce le attività da realizzare nel territorio bresciano, attraverso il Servizio di Prevenzione e Promozione, durante il triennio 2009 – 2011 e precisamente afferiscono a due aree principali di utenza:

- *attività a sostegno della genitorialità per i nuclei familiari con figli minori*: in quest'area le attività innovative previste riguardano i nuclei caratterizzati da forte fragilità sociale e le madri sole con

¹⁶ DGR n ° 8551 del 03 dicembre 2008, “Determinazione in ordine alle linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – 3° triennio 2009 – 2011 ”.

¹⁷ Ambito del Distretto n. 1 di Brescia, *Il Piano Sociale di Zona 2009/2011*, pag. 90.

figli, donne in stato di gravidanza con reddito precario, il supporto alle famiglie nei primi anni di vita dei figli e il sostegno alla delicata fase della preadolescenza e dell'adolescenza dei figli.

Le criticità evidenziate in questa tipologia di utenza riguardano soprattutto l'aumento della percentuale di madri sole con figli, per abbandono del coniuge, separazione, divorzio e per vedovanza e un aumento di situazioni, sconosciute prima al servizio, che chiedono sostegno economico a causa della perdita del lavoro.

- *attività di prevenzione rivolte ai ragazzi nell'ambito della socializzazione ed aggregazione*: in questa area le azioni prioritarie evidenziate nella programmazione zonale, sono orientate a favorire interventi educativi e le relazioni tra i pari, considerato l'emergere del bisogno di accompagnamento e sostegno educativo per i ragazzi adolescenti, in particolare quelli immigrati, al fine di prevenire situazioni di disagio collegate alla doppia appartenenza culturale. La prevenzione in questo ambito riguarda anche le gravidanze non programmate, le situazioni di aggressività e bullismo, i disturbi dell'alimentazione e la prevenzione nell'utilizzo di sostanze stupefacenti.

Il Comune, attraverso la collaborazione con le scuole, le parrocchie, associazioni locali, cooperative, per rispondere a tali criticità, offre una serie di servizi, quali ad esempio, Centri di Aggregazione Giovanili, Centri Diurni, Servizio Educativo Domiciliare, che permettono ai ragazzi di usufruire di spazi aggregativi in cui trovare adulti significativi in grado di offrire, attraverso competenze professionali specifiche, stimoli educativi positivi capaci di valorizzare le loro competenze e risorse, accrescerne l'autostima, la cura della persona, le capacità relazionali e di convivenza, promuovendo quindi la prevenzione del disagio giovanile, dell'emarginazione e dell'istituzionalizzazione, realizzata attraverso allontanamenti dal nucleo familiare d'origine.

Per entrambe le aree, le azioni previste dall'Ente Locale per rispondere a tali problematiche¹⁸, si fondano su una logica di integrazione di responsabilità e di risorse, con il coinvolgimento di tutti i soggetti del territorio, sia pubblici (ASL, Scuole, ecc) che privati (Associazioni, Cooperative, Volontariato, ecc).

3.2.2. Il Servizio Tutela Minori.

Nell'ambito del presente elaborato, il Servizio Tutela Minori di Brescia, sarà oggetto di particolare attenzione, in quanto, come già sopra evidenziato¹⁹, negli ultimi anni si sono registrati importanti mutamenti dal punto di vista organizzativo e gestionale che, inevitabilmente, hanno comportato delle ricadute sui professionisti coinvolti e sulle loro modalità di lavoro professionale. L'esigenza di

¹⁸ Per una descrizione analitica delle azioni previste per ogni tipologia di utenza, si rimanda al Piano Sociale di Zona 2009 – 2011, pp. 94-105.

¹⁹ § 3.1.

migliorare i comportamenti professionali e di dotarsi di nuovi strumenti e modalità operative per affrontare un'area così complessa, che prevede l'integrazione di diverse figure professionali, ha dato impulso all'adozione, da parte dei due enti (Comune e ASL), di protocolli operativi (il primo nel 2006 e il secondo nel 2010), finalizzati a garantire una presa in carico integrata dei casi in tutte le fasi di intervento del progetto, le cui modalità di implementazione costituiranno, come si vedrà in seguito, l'oggetto della presente analisi.

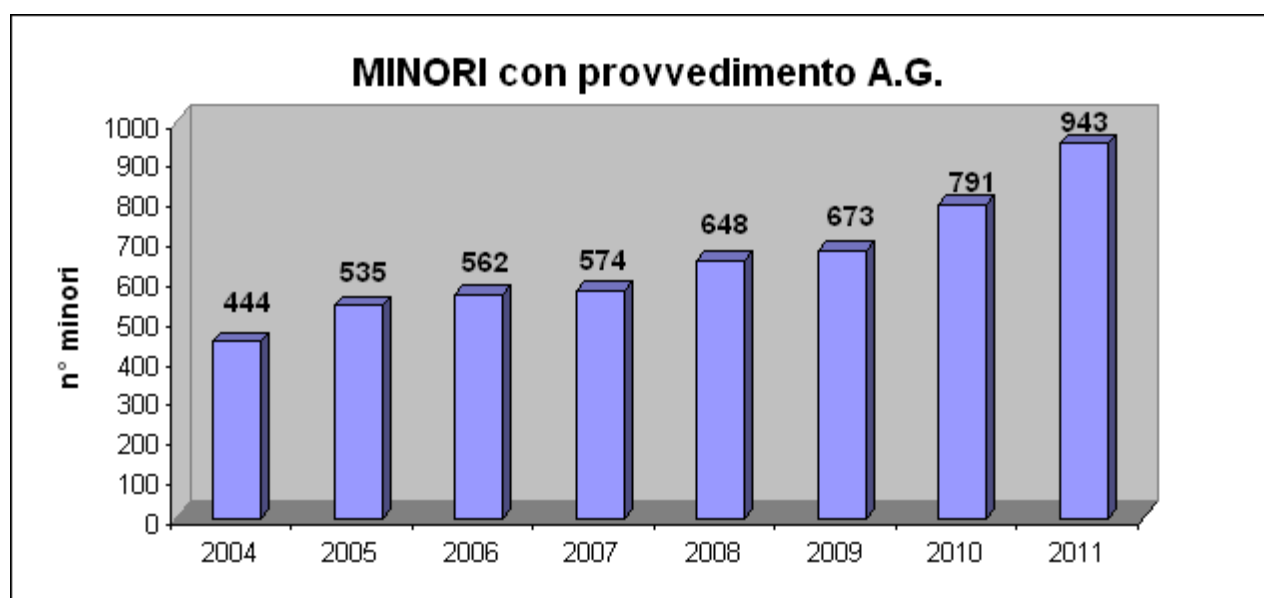
Il *Servizio Tutela* rappresenta un'importante area d'attenzione e di intervento del Piano di Zona locale, relativa alla riparazione e al recupero delle famiglie con figli minori.

L'utenza di questo servizio, a differenza del Servizio di Prevenzione e Promozione, non ha un accesso spontaneo, ma è costituita da quelle famiglie che giungono al servizio in modo coatto, in quanto inviati dall'Autorità Giudiziaria, con il fine di tutelare i minori coinvolti in situazioni di rischio o pregiudizio.

Il Piano di Zona 2009 - 2011 e i dati forniti dal Comune di Brescia (Tavola 1), evidenziano che il numero di provvedimenti emessi dall'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i minorenni, Tribunale Ordinario, Procura presso il Tribunale per i minorenni o da altri enti) a favore di minori e di ragazzi residenti a Brescia e Collebeato, subisce un trend d'aumento di circa il 13% ogni anno (prendendo in considerazione solo gli ultimi quattro anni, si è passati da 648 situazioni di minori in carico con provvedimento nell'anno 2008, a 943 minori con provvedimento nel 2011).

TAVOLA 1 "Minori in tutela"

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	444	535	562	574	648	673	791	943
Tribunale per i Minorenni	n.d.	477	486	510	556	557		
Tribunale Ordinario	n.d.	57	82	80	106	121		
Procura Rep. c/o TM	n.d.	16	20	16	19	29		
Altri Enti	n.d.	26	20	31	17	22		



La Responsabile del Nucleo Minori dell'ASL racconta di un raddoppio dei carichi di lavoro dal 2003 ad oggi con riferimento ai casi di minori con un provvedimento del Tribunale, confermato infatti, dai dati su riportati. L'analisi dei bisogni, riportata nel Piano di Zona²⁰, sottolinea che gli interventi di tutela disposti dalla Magistratura, riguardano situazioni familiari caratterizzate da forti fragilità a livello relazionale, mancanza di sintonia tra i genitori nell'accudimento dei figli, un aumento delle separazioni conflittuali, con picchi di violenza tra i coniugi, un significativo incremento dei genitori consumatori di sostanze stupefacenti e/o con patologia psichiatrica, oltre che grave trascuratezza, maltrattamento fisico e psicologico verso i figli minori, abuso sessuale quasi esclusivamente perpetrato tra le mura domestiche.

La programmazione delle politiche sociali a favore dei minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, prevede il potenziamento e l'innovazione di azioni sul territorio relative alle seguenti situazioni:

- *nuclei familiari con provvedimento civile dell'Autorità Giudiziaria*: i casi che rientrano in questa tipologia sono caratterizzati da forte complessità e delicatezza e per questo motivo la gestione di tali situazioni problematiche avviene in modo integrato tra il sociale (Comune), che garantisce gli interventi sociali, e il sanitario (ASL), che offre le prestazioni psicologiche specialistiche.

Nell'ambito della tutela minori i servizi maggiormente attivati sono l'educativa domiciliare, l'affido familiare, l'inserimento in comunità di accoglienza e lo Spazio Incontro, la cui attivazione, tuttora ritenuta molto efficace, era stata prevista dal precedente Piano di Zona, in collaborazione con il Terzo Settore, per favorire l'incontro tra i minori allontanati e i genitori.

Le azioni innovative previste dalla programmazione territoriale, per quanto riguarda la tutela minori, riguardano due versanti: il sostegno alla genitorialità e i collocamenti eterofamiliari.

Nel primo caso si prevede, ad esempio, di elaborare nuovi accordi con l'ASL per migliorare l'integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie e per sviluppare al meglio dei progetti individualizzati e di sostegno verso le famiglie che hanno minori allontanati, tenuto conto anche dell'aumento della complessità dei bisogni e dell'aumento di famiglie e minori immigrati con provvedimento dell'autorità giudiziaria. A tal proposito, nel Piano di Zona c'è l'ipotesi di individuare nuovi strumenti professionali da mettere a disposizione del servizio sociale e dei professionisti ASL che hanno in carico questi casi oltre che favorire accordi con la Magistratura circa i progetti di aiuto per i minori allontanati, affinché comprendano anche gli interventi rieducativi dei genitori.

Per quanto riguarda l'utenza straniera afferente la tutela minori si prevede di qualificare maggiormente gli interventi relativi alla mediazione culturale ed etnoclinica.

²⁰ Ambito del Distretto n. 1 di Brescia, *Il Piano Sociale di Zona 2009/2011*, pp. 105- 109.

- *minori con provvedimento penale*: le competenze del servizio tutela si estendono anche verso un'altra linea d'azione, relativa ai minori sottoposti a procedimento penale nell'ambito della Corte d'Appello di Brescia (comprensiva anche delle province di Bergamo, Cremona, e Mantova).

Nella presa in carico di queste situazioni e, in particolare, nella fase di indagine per la gestione del progetto individualizzato, il servizio tutela minori collabora con il servizio sociale per i minorenni (USSM), un servizio specialistico al quale accedono i minori su segnalazione da parte dell'autorità giudiziaria a seguito dell'accertamento di un evento, ossia la commissione di un reato. Dal 2008 è stata attivata una collaborazione anche con l'Ufficio per la Mediazione Penale.

L'integrazione tra il servizio territoriale e l'USSM è basata, come si evince dall'analisi riportata nel Piano di Zona, da un "rapporto di prossimità"²¹ tra le due organizzazioni in quanto l'idea di fondo è che le finalità educative dell'intervento penale potranno essere perseguite solo attraverso una presa in carico del minore da parte del contesto sociale di appartenenza, quindi con una relazione di prossimità al sistema locale di welfare.

Nella programmazione locale delle politiche per i minori con provvedimento penale, sono stati scelti due campi d'azione privilegiati che presentano particolari criticità: da un lato il sostegno ai genitori con figli nel circuito penale, prevedendo un maggior coinvolgimento dei genitori nell'accesso ai servizi di sostegno, sia individuale che di gruppo, offerti dai servizi sociali comunali e dai consultori (pubblici e privati accreditati), dall'altro, degli interventi innovativi relativi ai collocamenti eterofamiliari. Considerato il numero crescente di minori fermati/arrestati, emerge infatti l'esigenza di strutturare un Centro di Pronta Accoglienza a Brescia con funzioni non solamente di contenimento, ma in grado di strutturare interventi qualificati dal punto di vista educativo. Questo servizio sperimentale dovrebbe accogliere un'utenza mista, quindi sia minori autori di reato che ragazzi con provvedimenti civili.

3.3. Le diverse tappe dell'integrazione dei servizi socio-sanitari bresciani nella tutela minori.

La ri-organizzazione del Servizio Tutela Minori, che, come già anticipato²², è stata avviata nel 2003, attraverso una riassunzione delle competenze da parte del Comune di Brescia, in merito alle funzioni di tutela dei minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria, ha comportato un vero e proprio stravolgimento all'interno dell'assetto organizzativo.

Il Comune, infatti, assumendo la titolarità della funzione di tutela dei minori, acquisisce una funzione di regia rispetto alla presa in carico dei casi, in quanto deve garantire che l'offerta di

²¹ Ambito del Distretto n. 1 di Brescia, *Il Piano Sociale di Zona 2009/2011*, pag. 108.

²² § 3.1.

servizi e interventi, su una determinata situazione, sia coerente con quanto il Tribunale ha richiesto tramite il provvedimento.

Attraverso l'intervista effettuata alla Responsabile del Servizio Minori del Comune, in merito alla ricostruzione storica di questo cambiamento organizzativo, si può affermare che in quel periodo non si trattava solamente di affrontare un passaggio burocratico amministrativo di funzioni tra due istituzioni, ma un momento complesso della storia dei servizi del territorio, infatti si poneva la questione di individuare nuove modalità gestionali del servizio, ridefinire spazi e sedi di lavoro, regole e procedure operative tra i due enti (Comune e ASL) ma anche i rapporti professionali tra gli operatori, ognuno con le proprie storie professionali, aspettative verso l'ente di appartenenza e relazioni umane instaurate nel tempo, all'interno del contesto lavorativo. La Responsabile, infatti ricorda con queste parole tale fase di riorganizzazione: *«Questo passaggio è stato abbastanza complesso: sono state assunte persone in mobilità dall'ASL che quindi sono passate al servizio comunale, con storie di lavoro, di persone, che appartengono alla stessa struttura, che sono nella stessa sede (psicologi dell'ASL) e persone che invece appartengono al comune, con mandati, orari, sedi, differenti, operatori sociali, come gli psicologi, che si muovono tutti nello stesso territorio, quindi più accentrati, in un'unica sede, mentre noi più decentrati, più vicini alle famiglie. Anche questa è stata una riorganizzazione dell'ASL: prima aveva dei distaccamenti territoriali, è stata fatta una ristrutturazione di una loro sede, un ex ospedale psichiatrico, che ha accorpato tutti gli psicologi in un'unica sede. Quindi c'è stata un'evoluzione anche culturale, si doveva iniziare ad interfacciarsi con un altro ente, quindi con la necessità di una ridefinizione, anche rispetto alla modalità di confronto: gli assistenti sociali hanno cambiato partner professionale, con tutto quello che questo significa in termini di relazioni anche umane oltre che professionali che si istaurano nel tempo, la parte più informale dei rapporti che poi incide molto anche sul lavoro, molti colleghi sono diventati comunali, implicazioni quindi anche emotive di questo passaggio».*

Oltre alle difficoltà derivanti dal trasferimento di alcuni professionisti dall'ASL al Comune, la Responsabile Comunale ha sottolineato anche le criticità rispetto alla realizzazione di una vera e propria presa in carico integrata dei casi tra sociale e sanitario, dove il rapporto era più improntato su una richiesta all'ASL, da parte del Comune, di prestazioni specialistiche di secondo livello.

Le difficoltà collegate al ritiro delle deleghe da parte del Comune è stata confermata anche dalla Responsabile ASL che ricorda come questo passaggio non sia certo stato indolore, portando l'esigenza nei due enti, di sottoscrivere fin dall'inizio, dei protocolli d'intesa che andassero a definire le competenze dei due enti e le modalità di collaborazione, che cosa si intende per conduzione di un caso, quali sono i momenti indispensabili di raccordo e quali sono i segmenti di attività che ciascuno svolge in autonomia e quelli in équipe. Essa, infatti, afferma: *«si è trattato di*

passare da una modalità di lavoro d'equipe all'interno della stessa istituzione, consolidata, collaudata e operativa da anni, a una modalità diversa, con figure professionali diverse, perché appunto le assistenti sociali non erano tutte le stesse, alcune sono rimaste le stesse altre erano nuove assistenti sociali messe in campo dall'amministrazione comunale e questo ha comportato un grosso lavoro di riorganizzazione e soprattutto di ricostruzione di una modalità di lavoro condivisa a partire da che cos'è la tutela minori, come si lavora, qual è la funzione dell'assistente sociale, qual è la funzione dello psicologo come ci si integra, come si gestiscono i casi in integrazione, con la differenza sostanziale di essere appartenenti a due organizzazioni diverse e ciascuna rispondente al proprio ente di appartenenza e questo ha portato un consistente lavoro di ripensamento e, fin dall'inizio di questo passaggio, la stesura di protocolli d'intesa fra i due enti». A fronte di queste criticità, il Responsabile del Settore Servizi Sociali del Comune di Brescia e il Direttore Sociale dell'ASL, nel 2006, hanno sottoscritto le "Linee guida operative tra i Comuni del Distretto n. 1 di Brescia e l'ASL per la messa in rete di servizi e prestazioni sociali e sanitarie in materia di tutela minori interessati da provvedimenti della Magistratura", al fine di garantire una collaborazione tra i due enti attraverso efficaci interventi sociali e psicologici in tutte le fasi del progetto d'intervento. Con questo protocollo veniva quindi assunto, a livello interistituzionale, l'impegno di redigere in modo condiviso un progetto operativo per ogni situazione in cui vi è una richiesta d'indagine e/o un provvedimento da parte dell'Autorità Giudiziaria.

Il nuovo Piano di Zona 2009-2011 prevede di realizzare l'integrazione sociosanitaria nelle diverse aree d'intervento, tra cui anche quella relativa alla tutela dei minori, attraverso la condivisione di protocolli operativi che consentano, in via generale, di:

- focalizzare l'attenzione sull'utente;
- effettuare una valutazione multidisciplinare delle situazioni personali;
- concordare il raggiungimento di livelli minimi di assistenza integrati²³.

Nello specifico, il Piano, accogliendo le proposte avanzate dal tavolo tecnico dei minori, nell'arco della sua validità, prevede di "ridefinire con l'ASL il protocollo operativo per la presa in carico dei minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. In particolare, per i progetti che vedono la partecipazione di altri soggetti (comunità alloggio ed affido familiare), si rende opportuno garantire progetti integrati d'assistenza al minore, alla famiglia ed al soggetto accogliente, nei quali l'amministrazione comunale si faccia garante del buon funzionamento così come previsto dalla Legge n. 184/83 nel testo attualmente vigente (art. 5 comma2)"²⁴.

Le indicazioni offerte dalla programmazione sociale territoriale, rispetto alla rivisitazione del protocollo operativo siglato nel 2006 tra Comune e ASL, esprimono proprio un'esigenza tecnica

²³ Ambito del Distretto n. 1 di Brescia, *Il Piano Sociale di Zona 2009/2011*, pag. 16.

²⁴ *Ivi*, pag. 24.

degli operatori dei servizi che si occupano di tutela minori, di definire in modo più preciso le competenze, i ruoli, le prestazioni offerte dai due soggetti istituzionali, nelle varie fasi del progetto personalizzato d'intervento.

Coerentemente con lo spirito della Legge regionale n. 3/2008, che pone al centro il progetto individualizzato nella presa in carico integrata delle situazioni complesse o che hanno bisogni sia sociali che sanitari, come nel caso dei bambini con provvedimento della Magistratura, nel 2010 viene quindi sottoscritto il nuovo "Protocollo d'intesa tra ASL di Brescia e Ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria" con validità triennale (fino al 31.12.2012).

Secondo la Responsabile del Servizio Tutela Minori comunale, che insieme alla Responsabile del Nucleo Tutela minori dell'ASL, ha lavorato alla stesura del recente protocollo d'intesa, questo strumento operativo, rispetto al precedente, dovrebbe aiutare a definire meglio «*chi fa che cosa, nel rispetto delle reciproche competenze e nel riconoscimento reciproco del proprio bagaglio professionale*». Dalle considerazioni della Responsabile Comunale emerge infatti che questo protocollo, a differenza del precedente, non offre una lista di compiti che i diversi professionisti coinvolti nel progetto individualizzato sul minore devono garantire, ma riconosce una competenza specifica, agli assistenti sociali e psicologi, nel costruire un progetto individualizzato d'intervento di cui entrambi sono titolari nell'esecuzione e corresponsabili, ognuno per la loro parte, nei confronti dell'obiettivo previsto.

Questo passaggio sembra essere fondamentale, in quanto emerge che il modello operativo utilizzato dagli operatori ASL, prima del ritiro delle deleghe da parte del Comune, tendenzialmente vedeva le due figure professionali, assistenti sociali e psicologi, svolgere gran parte delle attività in modo congiunto, pur nel rispetto delle reciproche competenze. Successivamente, con la separazione anche fisica rispetto alla sede di lavoro dei due professionisti, in quanto uno è dislocato nella sede ASL e l'altro nella sede comunale, sembra essere rimasta questa tendenza nell'operare in modo congiunto, ma, con la sottoscrizione dell'ultimo protocollo d'intesa, gli enti hanno manifestato la volontà di rinnovare le proprie prassi operative anche attraverso il riconoscimento di una maggiore autonomia professionale delle due figure, esplicitandone i ruoli all'interno di alcune fasi precise dell'intervento, precisamente:

- il Comune: ha un ruolo significativo in tutte le fasi, ma prioritariamente nella *prevenzione*, nella *rilevazione*, nella *protezione* e nella *riparazione*, intesa come reinserimento sociale, come riconquista di condizioni di vita normale e integrazione nella comunità locale.

- L'ASL: ha un ruolo significativo soprattutto in due fasi, quella *diagnostica* e quella di *cura*, sia del minore che dei genitori²⁵.

3.3.1. Gli aspetti innovativi del nuovo Protocollo d'Intesa tra ASL di Brescia e Ambito n. 1.

Il Protocollo d'Intesa tra il Comune di Brescia, ente capofila e l'ASL di Brescia è stato definito dalle due Responsabili dei servizi coinvolti (ASL e Comune), con il coinvolgimento dei rispettivi dirigenti.

Dalle informazioni raccolte tramite le interviste somministrate alle Responsabili, è emerso che la definizione congiunta dei contenuti di questo atto d'intesa si è raggiunta a seguito di diversi incontri tecnici tra i due enti. Durante il percorso di redazione del protocollo, esse avevano organizzato degli incontri di servizio con i propri professionisti di riferimento, per raccogliere i loro suggerimenti, dubbi o perplessità, affinché questo nuovo strumento d'integrazione tra i due enti risultasse il più condiviso possibile con le équipe operative.

I destinatari del Protocollo d'Intesa, come è riportato nello stesso documento, sono “i minori in condizioni di trascuratezza o patologie della cure, maltrattamento fisico, psicologico o abuso emozionale, abuso sessuale, violenza assistita e le loro famiglie, interessati da provvedimenti della Magistratura nell'area civile, penale, amministrativa, comprese le richieste di indagine psicosociale, preliminari all'assunzione di eventuali provvedimenti”²⁶.

L'aspetto più innovativo di questo atto, consiste nel prevedere una rivisitazione della progettazione individualizzata dei casi attraverso una metodologia specifica e con la creazione di uno strumento concreto che possa garantire il raggiungimento di un'integrazione sociosanitaria a diversi livelli: nella presa in carico, nella corresponsabilità rispetto agli obiettivi definiti, rispetto alle risorse da mettere in campo, nell'individuazione di criteri e strumenti condivisi di verifica e rivalutazione del progetto d'intervento.

Da sottolineare, inoltre, la volontà di esplicitare tra i presupposti fondamentali della progettazione individualizzata, anche il coinvolgimento attivo del minore e della sua famiglia nella costruzione del loro progetto e nella verifica dei risultati raggiunti.

Si ritiene infatti che l'ampliamento dei processi partecipativi delle famiglie nella costruzione dei progetti che li riguardano, volti alla tutela del minore in situazione di pregiudizio, sia la condizione indispensabile per promuovere un processo di cambiamento in grado di restituire dignità,

²⁵ Allegato n. 1: “Protocollo d'intesa tra ASL di Brescia e Ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria”.

²⁶ *Ibidem*.

consapevolezza rispetto ai propri limiti e potenzialità, competenze genitoriali e fiducia in se stessi, nelle istituzioni e nel territorio.

Quando il cambiamento, invece, non può essere raggiunto l'obiettivo del progetto sarà comunque la tutela del minore, ma attraverso interventi sostituiti della famiglia d'origine.

A differenza del precedente protocollo, qui emerge l'esigenza da parte dei soggetti istituzionali, di dotarsi di una metodologia di lavoro, di procedure operative che permettano alle équipes integrate (assistente sociale e psicologo) di formulare un pensiero progettuale sulle situazioni e non solo quindi di assicurare un insieme di prestazioni.

Esso inoltre definisce in modo abbastanza preciso la metodologia operativa che i due enti dovranno seguire nella progettazione congiunta sulle situazioni, offre indicazioni rispetto alle diverse fasi che il progetto dovrà contenere (analisi della situazione, definizione degli obiettivi, individuazione delle azioni, dei tempi di realizzazione e delle risorse disponibili, il monitoraggio e la valutazione del progetto) e prevede l'individuazione, all'interno del progetto, di un "referente del caso", di norma coincidente con la figura dell'assistente sociale, con funzioni di regia dell'intero processo d'aiuto, di coordinamento delle professionalità e delle risorse messe in campo.

3.4. La fase di avvio del percorso formativo per le équipes integrate.

A seguito dell'approvazione del "Protocollo d'Intesa tra ASL e Ambito n. 1 di Brescia per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria", si è posta l'esigenza per i referenti dei due enti, operanti nel campo della tutela minori, di affinare le proprie competenze professionali in merito alla progettazione sui casi e parallelamente costruire degli strumenti specifici di progettazione, monitoraggio e valutazione sui casi, utilizzabili dalle microequipe integrate, composte dall'assistente sociale del servizio comunale e dallo psicologo dell'ASL.

Le Responsabili dei servizi dei due enti, hanno quindi deciso di rivolgersi ad un ente di formazione esterno, nello specifico l'Istituto di Ricerca Sociale di Milano (di seguito IRS), al fine di programmare un percorso formativo integrato, ossia rivolto agli assistenti sociali e psicologi impegnati in questo ambito di lavoro.

La prima parte del percorso formativo si è svolta nel periodo che va da giugno a novembre 2010, per un totale di n. 5 incontri. La seconda parte invece si è sviluppata attraverso n. 4 incontri, organizzati nel periodo che va da dicembre 2010 a maggio 2011, con l'obiettivo, da parte della committenza, di usufruire di un ulteriore spazio formativo finalizzato ad accompagnare la

sperimentazione degli strumenti messi a punto e conseguentemente a monitorare e valutare l'applicazione del protocollo.

I destinatari di questa esperienza erano, come già evidenziato, gli assistenti sociali e psicologi che operano in microequipe sui casi relativi a minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria, per un totale di n. 22 operatori, di cui n. 12 assistenti sociali e n. 10 psicologi, che comprendono n. 5 circoscrizioni afferenti l'ambito n. 1 del Comune di Brescia.

3.4.1. Il gruppo di lavoro “integrato”: motivazioni e aspettative rispetto al percorso.

Per comprendere le motivazioni, il bisogno formativo espresso e latente e le aspettative che hanno dato impulso a tale richiesta di consulenza esterna, sono stati sentiti i Responsabili dei due enti, alcuni partecipanti del corso, assistenti sociali e psicologi, e la ricercatrice/formatrice dell'area “Progettazione e valutazione dei servizi sociali” dell'IRS, Dr.ssa Cecilia Guidetti, che ha condotto il percorso formativo insieme al Dott. Ugo De Ambrogio.

In questo modo è stato possibile cogliere i diversi punti di vista sul percorso intrapreso: i Responsabili, quali promotori dell'intervento e, in base a quanto stabilito dal protocollo d'intesa, referenti rispetto ai rapporti interistituzionali tra i due enti con funzioni di garanti dell'organizzazione e del funzionamento delle reciproche attività in campo di tutela minori con provvedimento della Magistratura, gli assistenti sociali e psicologi, quali operatori concretamente “sul campo” e la ricercatrice, che nel ruolo di formatore esterno ha potuto conoscere da vicino il gruppo di lavoro, accompagnandolo in un processo di riflessione e analisi sulle metodologie operative in atto e di rielaborazione di nuove metodologie professionali che consentano un miglioramento qualitativo degli interventi erogati.

E' stato chiesto ai Responsabili dei due enti con quali obiettivi e da quali esigenze è sorta la richiesta di consulenza formativa esterna nel processo di implementazione del Protocollo d'Intesa e su quali aspettative e motivazioni professionali si è sorretto il processo di co-costruzione conoscitiva intrapreso attraverso il percorso formativo.

Dalle risposte fornite si evince che alla base di tale richiesta vi era innanzitutto un mandato istituzionale, che era quello di rendere operativo il contenuto del protocollo d'intesa. Per questo motivo è stato scelto di approfondire a livello teorico il tema della progettazione e valutazione sociale sui casi e, contemporaneamente, di essere accompagnati nella creazione e sperimentazione di uno strumento di progettazione da esperti in tale ambito.

Oltre a questa richiesta, posta dai Responsabili dei due enti, è emerso un altro bisogno formativo, che come ha sottolineato la dr.ssa Guidetti, «era un po' meno esplicito ma che è emerso già dal

primo incontro» ed era quello di creare uno spazio di formazione condiviso tra psicologi e assistenti sociali che, da molti anni, pur lavorando insieme, non avevano avuto la possibilità di usufruire di spazi di riflessione e confronto all'interno di un momento formativo e di supervisione.

Tutti gli intervistati, sia i professionisti che i loro Responsabili, sottolineano infatti la necessità di fermarsi e pensare rispetto a quello che si stava facendo, in modo condiviso, rispetto all'operato di tutte e due gli enti, contemporaneamente. La Responsabile ASL per il Nucleo Tutela Minori infatti afferma che c'era il bisogno *«di dirsi delle cose in un contesto allargato»*.

Con il ritiro delle deleghe dall'ASL, infatti, il Comune si è riappropriato delle funzioni di tutela e quindi, come ha sottolineato la dr.ssa Guidetti, si è trattato di un passaggio delicato che, se non accompagnato da uno spazio di supervisione, rischia di gravare sulla vita lavorativa degli operatori. Dalla lettura offerta dalla ricercatrice/formatrice, quindi, questo percorso è stato *«un'occasione per mettere tutti attorno a un tavolo a ripensare anche un po' all'operato e a come si erano costruite le prassi di collaborazione tra ASL e Comune»*.

Per quanto riguarda la motivazione degli operatori rispetto al loro coinvolgimento nel percorso formativo, dalle interviste emerge che in generale tutti i partecipanti erano interessati ad avere, dopo molto tempo, uno spazio congiunto di confronto sul loro modo di lavorare al fine di individuare una migliore collaborazione tra ASL e Comune, infatti la voce stessa degli operatori afferma:

- *«l'aspettativa era di individuare uno strumento che aiutasse ad integrare maggiormente le due figure»* (assistente sociale).

- *«credo che fosse la prima formazione che venisse fatta insieme da quando c'è stato il passaggio di competenze dall'asl al comune nel 2003, quindi è stato un po' come mettere le basi per una gestione comune»*(assistente sociale).

- *«ho detto "finalmente ci possiamo confrontare tutti insieme e portare quali sono le difficoltà, trovare delle soluzioni". L'obiettivo era costruire il progetto individualizzato e lavorare su quello, in realtà, siccome era da tempo che non avevamo questi momenti in cui potevamo dirci tutte le cose, sono uscite una serie di problematiche che erano rimaste in sospeso»* (psicologo).

Rispetto al coinvolgimento degli operatori sul tema della progettazione individualizzata e della creazione dello strumento, sembra essere stato significativo il fatto che alcuni di loro, precedentemente, erano stati coinvolti anche nella stesura del protocollo d'intesa, in particolare gli assistenti sociali, quindi avevano avuto la possibilità di ragionare e riflettere sulle possibili piste di lavoro da seguire per migliorare l'efficacia della collaborazione tra ASL e Comune nella tutela minori, cogliendo quindi l'importanza di individuare una nuova modalità di progettazione individualizzata sui casi attraverso l'utilizzo di uno strumento operativo creato da loro stessi

operatori. Altri professionisti invece, non avendo preso parte ai lavori preparatori alla elaborazione del protocollo, perché di recente assunzione, o assunti con un monte ore limitato, sono stati meno facilitati nel cogliere da subito la valenza della proposta formativa e quindi nella costruzione di una motivazione specifica.

Un altro aspetto messo in luce dalla consulente esterna, riguarda la differenza tra le due categorie professionali rispetto alla concezione del percorso formativo e quindi al modo di percepire la possibilità di immaginare un cambiamento delle proprie prassi lavorative, in particolare, l'appartenenza organizzativa degli operatori sembra influenzare questo aspetto.

Per gli psicologi pensare di modificare le prassi d'intervento nella progettazione sui casi poteva risultare un po' più complesso, in quanto, come afferma la ricercatrice/formatrice, appartenenti ad *«un'organizzazione molto grande, molto poco semplificata nei passaggi tra l'unità di tutela, il direttore sociale, e il direttore generale, quindi un'organizzazione un po' macchinosa, all'interno della quale ci si sente abbastanza legati, con poca possibilità di intervento [...] un po' per il numero di ore disponibili, che effettivamente erano molto poche, un po' per questa scarsa abitudine a mettere in discussione le prassi d'intervento con la propria organizzazione»*.

Per gli assistenti sociali sembrava invece più fattibile provare a modificare il proprio modo di operare, anche attraverso la sperimentazione della scheda sulla progettazione individualizzata e le relative Linee Guida, che durante il percorso sono state elaborate. In questa categoria professionale emerge quindi una concezione dell'organizzazione di appartenenza, il Comune, più flessibile, in cui l'operatore può trovare maggiore spazio di manovra nell'introduzione di cambiamenti dei comportamenti professionali.

3.4.2. Il confronto tra due culture organizzative come punto di partenza per l'integrazione.

Considerare le organizzazioni come culture, significa, riferendosi all'approccio di Pettigrew e citato da Simoni²⁷, considerare "il sistema di significati, pubblicamente e collettivamente operante per un gruppo determinato. Questo sistema di termini, forme, categorie e immagini serve a interpretare la situazione delle persone a loro stesse".

Si è partiti, infatti, da questa prospettiva teorica, per andare a vedere in che modo l'appartenenza a due culture organizzative diverse, il Comune e l'ASL, può incidere sulla sperimentazione di nuove modalità di lavoro professionale, improntate ad un'integrazione tra sociale e sanitario.

A tale scopo è stato chiesto alla ricercatrice, quali erano, dal suo punto di vista esterno, le caratteristiche del gruppo a cui era destinata la formazione, specialmente in riferimento al livello di

²⁷ S. Simoni, *Le culture organizzative dei servizi*, Carocci Faber, Roma, 2003, pag. 40.

integrazione delle specifiche culture organizzative, degli approcci, delle metodologie e dei linguaggi professionali utilizzati.

Ciò che emerge dalle parole della formatrice, quale punto di vista esterno, per quanto riguarda le caratteristiche del gruppo in generale, è che si tratta di un gruppo di professionisti molto qualificati a livello professionale, desideroso di valersi di questo spazio di riflessione sul proprio lavoro, ma soprattutto un gruppo un po' in crisi rispetto alla percezione di residualità che l'ambito della tutela minori sembra prendere all'interno dei rispettivi enti, sia a livello di risorse investite, che di importanza attribuita al lavoro svolto, quindi operatori anche un po' demotivati rispetto alle possibilità di un reale cambiamento.

Un dato interessante è emerso già dal primo incontro, quando i formatori hanno proposto di ricostruire, tramite una flow-chart, le fasi di intervento che le microequipe mettono in atto, dal momento in cui viene segnalato un caso al passaggio della presa in carico, i rapporti con il Tribunale, come sono impostate le relazioni da inviare all'Autorità Giudiziaria, quali altri soggetti e servizi vengono attivati e così via.

Nella fase di avvio del percorso formativo questa ricognizione rispetto alle prassi utilizzate nei servizi, risultava utile per iniziare a lavorare insieme ai partecipanti sulla costruzione di una scheda base per la progettazione individualizzata.

In relazione a questa domanda, il gruppo è sembrato abbastanza in difficoltà nel riuscire ad individuare delle procedure operative condivise da tutti i membri e nel ricostruire il loro modo di lavorare.

Questa difficoltà può essere riconducibile al fatto che per molto tempo, gli operatori che si occupano di tutela minori, non avevano avuto la possibilità di confrontarsi in modo allargato, ovvero tra tutti i professionisti dell'ASL e tutti quelli del Comune, ma il confronto solitamente avviene tra singoli professionisti all'interno delle microequipe.

Quindi si può desumere un problema di comunicazione tra le due culture organizzative, ma anche tra due culture professionali, quella degli assistenti sociali e quella degli psicologi.

La ricercatrice, infatti, rileva come, all'inizio di questo percorso formativo, tra le due categorie professionali vi fosse un linguaggio differente, un modo diverso di chiamare le cose e, se si considera il linguaggio nella prospettiva di Berger e Luckmann²⁸, ovvero come un mezzo per "tipizzare e stabilizzare le esperienze, integrandole in un insieme dotato di senso", quindi un "veicolo per ottenere effetti pratici", è emersa anche una certa contraddizione rispetto alle prassi d'intervento utilizzate.

²⁸ *Ibidem.*

Una delle difficoltà sottolineate dai partecipanti, rispetto alla ricostruzione univoca e stabile di tali prassi operative, sembra essere determinata dal fatto che all'interno dell'ASL si registra spesso un *turn over* di psicologi che influenza negativamente la possibilità per gli assistenti sociali che collaborano con loro, di creare una relazione professionale e un gruppo di lavoro stabile, un linguaggio comune e quindi delle prassi lavorative realmente condivise.

A livello operativo, pertanto, la formazione è iniziata proprio dalla ricostruzione di un linguaggio comune, affinché si potesse porre la base per il lavoro successivo.

3.4.3. La progettazione di strumenti professionali condivisi: cominciare da una metodologia partecipata.

L'obiettivo del gruppo di lavoro e quindi del percorso formativo, era quello di progettare degli strumenti professionali condivisi dagli assistenti sociali dell'Ambito n. 1 e dagli psicologi dell'ASL di Brescia, per la gestione del servizio Tutela Minori interessati da provvedimenti della Magistratura, secondo quindi un modello operativo di integrazione sociosanitaria e con un approccio multidimensionale alla complessità che caratterizza i bisogni delle famiglie oggetto di intervento.

E' in questa cornice che si inserisce la scelta metodologica effettuata dai formatori e condivisa dai Responsabili dei due enti che hanno proposto l'avvio di questo percorso formativo, basata su un approccio partecipato che ha permesso di realizzare un "processo partecipato di riflessione nel corso dell'azione"²⁹.

La formatrice, intervistata in merito alla scelta del metodo partecipato, ha rilevato che il gruppo dei professionisti si trovava in un momento di crisi rispetto alla gestione del Servizio Tutela Minori, a causa di diversi fattori (il sovraccarico di lavoro, il numero crescente di casi, la riduzione delle risorse interne, ecc) che li rendevano più resistenti rispetto alla possibilità di rivedere le proprie prassi professionali e rispetto al tempo da dedicare alla progettazione attraverso l'utilizzo di uno strumento specifico. Era quindi necessario utilizzare una metodologia che permettesse innanzitutto una ri-motivazione degli operatori rispetto alla possibilità di introdurre dei cambiamenti all'interno del loro contesto lavorativo, nonostante le criticità esistenti.

In questo senso dunque l'approccio partecipato ha permesso di ri-vedere l'oggetto del proprio lavoro e, come afferma Manoukian, "smontare (de-costruire) la propria rappresentazione dei

²⁹ T. Bertotti, U. De Ambrogio, *La valutazione nelle indagini sociali*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie" n°2/2003, pag. 2.

problemi per poi saperla rimontare (ri-costruire) utilizzando le diverse rappresentazioni che sono state raccolte”³⁰.

Gli operatori sono quindi stati invitati ad esplicitare tutti i passaggi che loro compiono, anche quelli che solitamente rimangono sottintesi, dal momento in cui arriva un provvedimento del Tribunale relativo ad un minore.

I formatori, inoltre, hanno lavorato con il gruppo affinché essi riuscissero a darsi una terminologia condivisa rispetto alle modalità operative solitamente utilizzate e a condividere un quadro teorico comune sul tema della progettazione e valutazione.

Per raggiungere l’obiettivo del percorso formativo è stato scelto un *metodo partecipato* in quanto, come ha spiegato la dr.ssa Guidetti in sede di intervista, proporre una scheda per la progettazione individualizzata già preconfezionata sarebbe stato sicuramente improduttivo, dal momento che già alcuni operatori manifestavano delle resistenze rispetto al suo utilizzo, al significato del percorso e all’ulteriore tempo da dedicare a questo nuovo strumento.

La formazione è partita quindi con un inquadramento teorico sulla progettazione e sulla valutazione, si è ragionato su come si redige un progetto, provando ad applicare la teoria nei casi concreti portati dagli operatori. I formatori hanno infatti scelto di chiedere agli assistenti sociali e agli psicologi di portare degli esempi di casi sui quali applicare un lavoro di progettazione, provare a capire come funzionava la progettazione e come era funzionata nei loro casi e quindi partire dall’analisi dei problemi, l’individuazione delle strategie di miglioramento, la messa in opera dell’intervento e la valutazione. In questo modo si poteva delineare un quadro preciso rispetto alle prassi in uso relative alla progettazione sui casi concreti, per provare a capire quali erano le aree di miglioramento.

Questa metodologia è stato molto funzionale, in quanto ha favorito il coinvolgimento dei professionisti, che hanno potuto presentare dei casi conosciuti da loro e soprattutto ha permesso una “contaminazione” tra la teoria della progettazione e la quotidianità del lavoro professionale.

La proposta formativa infatti mirava ad un riordino di quello che solitamente viene realizzato nel Servizio di Tutela Minori, ma non proponeva delle prassi operative completamente diverse.

Attraverso questo metodo si è potuto procedere all’elaborazione della scheda, partendo proprio da quello che già gli operatori facevano nella quotidianità del loro lavoro, affinché questo strumento li potesse aiutare a codificare azioni e informazioni che già loro raccoglievano abitualmente.

Durante i primi incontri gli operatori, con la supervisione dei ricercatori/formatori, hanno iniziato da un lato a strutturare quali tipi di informazioni, per esempio, vengono raccolte nell’analisi dei casi, nella valutazione, quali sono i soggetti che vengono interpellati, che tipo di documentazione

³⁰ F. O. Manoukian, F. D’Angella, G. Mazzoli, (2003), *op. cit.*, pag. 150.

viene chiesta, ecc e dall'altra a stendere delle linee guida utili all'utilizzo di questa scheda e che fungono da accompagnamento alla scheda stessa.

Dalle osservazioni della ricercatrice, si può affermare che il gruppo era certamente competente rispetto, ad esempio, alla raccolta e all'utilizzo delle informazioni, ma quello che mancava era un momento di codifica di queste informazioni. La progettazione veniva gestita in modo meno esplicito, per cui ad esempio, tutta l'analisi del caso, la valutazione del caso e quindi poi il passaggio dall'osservazione all'individuazione degli obiettivi veniva un po' sottintesa nelle relazioni che venivano inviate al Tribunale. E' emerso infatti che lo strumento della relazione, pur essendo ovviamente utilizzato dagli operatori nei rapporti con il Tribunale, dal punto di vista della forma, risultava poco immediata e scarsamente strutturata: alcuni mettevano più in evidenza determinate caratteristiche, altri si spingevano molto di più a descrivere il caso, mentre altri ancora più a ragionare sugli obiettivi però senza spiegare perché avevano scelto quegli obiettivi.

L'idea di una scheda costruita direttamente dai professionisti, con l'aiuto dei ricercatori/formatori, consentiva quindi di mettere in fila tutte le informazioni sul caso a partire dall'osservazione che ne era già stata fatta, individuare degli obiettivi, dagli obiettivi pensare alle strategie, dalle strategie alle azioni, e successivamente impostare un disegno di valutazione.

E' stato utilizzato pertanto il metodo della progettazione, ovvero da un'analisi dei bisogni si arriva ad individuare delle azioni, delle modalità d'intervento, facendo in modo che tutti questi passaggi logici siano esplicitati e condivisi tra i diversi soggetti, per non incorrere nel rischio, evidenziato dalla formatrice, relativo al fatto che alcune informazioni siano condivise, altre invece rimangano implicite e non venendo esplicitate all'interno delle équipe integrate, potrebbero creare dei gap di informazione tra un professionista e l'altro che deve intervenire.

Sono state elaborate dal gruppo più versioni della scheda: una prima versione più ipotetica, che poi è stata modificata e, successivamente, i ricercatori/formatori l'hanno riproposta con le modifiche apportate ed è stato chiesto agli assistenti sociali e agli psicologi di provare a compilarla. Essi hanno proposto ulteriori aggiustamenti fino ad arrivare alla versione definitiva.

Lo stesso procedimento è stato seguito per l'elaborazione delle Linee Guida: sono state stese in una prima versione, poi viste insieme, modificate e poi riscritte. Questo processo rispecchia pertanto un'ottica progettuale e strategica di fondo che permette di mettere in discussione le ipotesi di partenza e di valorizzare i risultati di ogni singolo passo. Tale approccio ha quindi permesso, ai componenti del gruppo, di sentirsi partecipi al processo di co-costruzione di questo strumento di progettazione in quanto hanno provato a sperimentarlo direttamente, suscitando in alcuni di loro entusiasmo e voglia di metterlo in pratica, mentre in altri ha sollevato delle perplessità rispetto al tempo da dedicare a questo nuovo modo di progettare sui casi.

La partecipazione dei professionisti non si è esaurita quindi in un adempimento formale, perché richiesto dai vertici, ma ha assunto una dimensione dinamica e laboratoriale, in cui tutti hanno potuto contribuire attivamente in un processo di co-costruzione, collegando la metodologia proposta dai formatori con la propria operatività per realizzare un nuovo strumento professionale di progettazione.

L'approccio della co-costruzione conoscitiva è stato valutato come un aspetto innovativo anche dalla Responsabile Comunale, in quanto, a suo parere, ha permesso agli operatori di partecipare in modo attivo a questa occasione di formazione *«perché tutti erano abituati ad andare al corso di formazione a cui devono solamente assistere, mentre in questo caso la costruzione dello strumento di progettazione è partita proprio da loro. L'abilità dei formatori è stata proprio quella di intercettare, scrivere, fermare, il poter poi riprendere nell'incontro successivo, da parte dei partecipanti, quanto era stato detto, precisarne i significati, è stata proprio la voce concreta degli operatori. Quindi un primo cambiamento, rispetto all'approccio, è che hanno materialmente contribuito, quindi diventa anche molto più difficile boicottarlo. Un altro aspetto importante è stato quello di poter avere uno spazio di monitoraggio con il formatore per l'applicazione dello strumento»*.

3.4.4. La progettazione individualizzata nella prassi tradizionale del servizio: punti di forza e limiti.

L'équipe integrata del Servizio Tutela Minori dell'ASL di Brescia e dell'Ambito n. 1 del Comune di Brescia si attiva, per i nuovi casi, in due circostanze: quando arriva al servizio una richiesta d'indagine da parte del Tribunale (Ordinario o Minorenni), oppure quando riceve un decreto da parte della Magistratura.

La decisione di segnalare al Tribunale una condizione di pregiudizio relativa ad un minore, può partire, come hanno evidenziato gli assistenti sociali intervistati, dal Settore Prevenzione e Promozione del Comune, quando, dopo una serie di interventi messi in atto a favore di una determinata famiglia, si è valutato che questi non hanno dato gli esiti sperati. Tuttavia questa ipotesi sembra essere abbastanza residuale in quanto quel settore ha proprio la finalità di lavorare in senso preventivo rispetto all'instaurarsi di situazioni di rischio e pregiudizio per i minori. Altri servizi o enti che possono dare luogo ad una segnalazione sono la scuola, il pediatra, l'ospedale, il servizio di neuropsichiatria infantile, i centri aggregazione giovanili, anche se quest'ultimi cercano di mantenere un ruolo neutro nei confronti dei genitori, i servizi per le dipendenze, le forze dell'ordine, ecc.

I servizi prima di segnalare al Tribunale, solitamente verificano se il caso è già seguito dal Settore Prevenzione, il quale, eventualmente, se lo ha in carico, aggiunge una propria relazione alla segnalazione che verrà inoltrata all'Autorità Giudiziaria.

Gli assistenti sociali intervistati riportano che le problematiche di cui il Servizio Tutela si occupa, su mandato del Tribunale, riguardano prevalentemente casi di maltrattamenti verso minori con conseguente collocamento extrafamiliare, violenza fisica e psicologica assistita da parte dei minori, famiglie che hanno difficoltà a vedere i bisogni dei figli, famiglie con difficoltà di tipo economico dove, oltre ad una povertà materiale, si evidenzia anche una povertà di strumenti a gestire la genitorialità, quindi una subcultura che determina un malfunzionamento familiare ai danni dei figli, famiglie numerose dove i figli sono stati allontanati e in cui i genitori a loro volta hanno avuto esperienze di istituzionalizzazione durante la loro infanzia, con tutto ciò che questo vissuto comporta a livello psicologico nell'affrontare l'allontanamento dei propri figli.

In questi casi, su mandato dell'Autorità Giudiziaria, il Servizio Tutela Minori attua il collocamento extrafamiliare dei minori, che può essere in una comunità di accoglienza oppure presso una famiglia affidataria, oppure, sempre su indicazione del Tribunale, si può mantenere l'inserimento presso la famiglia d'origine ma con un intervento di educativa domiciliare.

La prassi operativa in uso presso il Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia e il Nucleo Tutela Minori dell'ASL, prevede che nel momento in cui arriva la richiesta d'indagine o il provvedimento del Tribunale, i due enti incaricano un operatore per la presa in carico. L'assistente sociale e lo psicologo definiscono quindi un progetto sulla situazione, nonché tempi e modalità operative.

Attraverso le interviste effettuate agli assistenti sociali e agli psicologi, è stato possibile raccogliere riflessioni e considerazioni rispetto alla prassi consolidata d'intervento e di progettazione sui casi, utilizzata dalle microequipe.

Le équipe integrate sono composte per la maggior parte dei casi, dagli stessi operatori, in quanto sia gli assistenti sociali che gli psicologi sono suddivisi per territorio e quindi l'assegnazione dei casi avviene, per lo più, su base territoriale (tranne nei casi in cui i Responsabili ritengano di bilanciare i carichi di lavoro dei propri operatori secondo criteri differenti).

Gli assistenti sociali hanno sottolineato come la collaborazione con gli psicologi ASL sia influenzata sia da un mandato istituzionale, ma anche dalla qualità dei rapporti interpersonali che si vanno costruendo tra gli operatori nel corso del tempo. La collaborazione tra i due professionisti, sembra essere sempre stata improntata verso una condivisione di tutto il percorso d'intervento, specialmente per i casi più complessi.

Questa modalità di lavoro e quindi di progettazione sui casi, secondo gli assistenti sociali, presenta dei punti di forza, quali ad esempio il fatto di lavorare in sintonia con il collega, condividendo passo passo ogni fase dell'intervento, tuttavia presenta anche delle criticità, in particolare il fatto che questo modo di lavorare comporti l'utilizzo di una grande quantità di tempo: per vedersi, per confrontarsi per sostenere colloqui congiunti con i genitori, ecc

Un'altra criticità rilevata dagli operatori comunali, rispetto a questa prassi operativa, riguarda il rischio di perdere un po' di autonomia professionale, un assistente sociale infatti afferma: *«andare avanti così in simbiosi si rischia di farsi un po' influenzare, di perdere un po' la possibilità di avere più visioni del problema»*. In alcuni casi, al contrario, è stato sottolineato come i due operatori fossero in difficoltà a condividere sia l'analisi del problema che, ad esempio, le conclusioni della relazione da inviare al Tribunale.

Nella percezione degli assistenti sociali emerge che, nonostante si sia consolidata nel tempo questa modalità di collaborazione su tutte le fasi del percorso, la difficoltà più grande nella gestione congiunta dei casi riguarda la responsabilità di una presa in carico condivisa, nel senso che gli operatori del Comune a volte avvertono il peso e la fatica di avere una responsabilità legislativa rispetto alla tutela minori e, al contempo, percepiscono, da parte dei colleghi dell'ASL, più una collaborazione basata su una responsabilità professionale e su interventi di consulenza. A questo proposito due assistenti sociali affermano: *«Si sente la fatica di una vera presa in carico condivisa, di portare avanti il percorso insieme, l'ASL ha la responsabilità della presa in carico psicologica, ma a volte c'è proprio un rapporto di consulenza e, secondo me, a volte ci si sente un po' soli...»*, e ancora: *«E' diverso lavorare con una persona che si sente parte del progetto e diverso è lavorare con una persona che sente di dover intervenire su chiamata, di dare delle indicazioni rispetto a quel determinato problema, però poi, a livello di responsabilità c'è meno»*.

Questa situazione, secondo gli assistenti sociali, ha portato i due enti ad interrogarsi su che cosa era necessario fare insieme, da parte dei due professionisti e cosa era utile fare in autonomia e quindi individuare nuove modalità di progettazione individualizzata sui casi che permettessero di ipotizzare una vera e propria presa in carico condivisa che non necessariamente doveva equivalere ad una simbiosi tra i due operatori in tutte le fasi d'intervento.

Per quanto riguarda il punto di vista degli psicologi intervistati, si può affermare che la loro posizione converge con quella degli assistenti sociali, in primo luogo, sul ritenere che la collaborazione con loro sia tanto più efficace quanto più è connotata da una buona qualità di rapporti interpersonali, inoltre, gli psicologi, come gli operatori del Comune, ritengono che le criticità nella collaborazione siano legate al fatto di appartenere a due enti diversi, condizione che con il passare del tempo, secondo loro, ha marcato in modo sempre più netto una spaccatura tra

ASL e Comune, suscitando l'esigenza a livello istituzionale di rivedere le modalità di progettazione individualizzata sui casi di tutela, in questo caso attraverso il percorso formativo condotto da esperti esterni.

Tuttavia, se nella percezione degli assistenti sociali la diversa appartenenza organizzativa determina una diversa responsabilità nella presa in carico condivisa dei casi, negli psicologi emerge che questa diversa appartenenza organizzativa pone delle criticità più a livello operativo (due relazioni differenziate da mandare al Tribunale, équipe di supervisione distinte, ossia tra psicologi da un lato e tra assistenti sociali dall'altro con i rispettivi Responsabili, scarsità di tempo per incontrarsi, sedi diverse, ecc), ma in riferimento alla progettazione congiunta sui casi essi ritengono che l'esperienza professionale, maturata negli anni di lavoro, abbia consentito ad entrambe le categorie professionali di "integrarsi naturalmente" anche a livello di capacità progettuale sui casi.

Una psicologa infatti afferma: *«la capacità progettuale, a mio avviso, viaggia più sulla relazione personale e, lavorando da anni in questo ambito siamo tutti molto esperti, quindi lavoriamo su una capacità di linguaggio e di progettazione che è quasi "innata". E' da talmente tanto tempo che lavoriamo insieme che ci siamo integrati naturalmente».*

Si può pertanto evidenziare che tra gli assistenti sociali sembra essere più forte la necessità di rivedere le prassi di presa in carico integrata dei casi, anche attraverso un lavoro di co-costruzione di uno strumento specifico di progettazione individualizzata sui casi, presumibilmente per una percezione di maggiore responsabilità sui casi derivante da un mandato istituzionale che conferisce al Comune i compiti di tutela sui minori.

Rispetto alle prassi in uso dalle équipe integrate, è stato chiesto agli operatori se solitamente utilizzano degli strumenti di progettazione e valutazione sui casi.

Dalle risposte fornite sia dagli assistenti sociali che dagli psicologi emerge che i due enti non hanno mai condiviso un unico strumento per progettare sui casi, ma eventualmente degli strumenti ad uso interno dell'ente e di tipo settoriale. Ad esempio, per quanto riguarda il Comune, è prevista una scheda per gli inserimenti in comunità, da inviare alla struttura nel momento in cui avviene l'inserimento del minore, per definire obiettivi e tempi, oppure un'altra scheda specifica per l'avvio del servizio educativo domiciliare, che dovrebbe essere firmata da entrambi i professionisti ma che di fatto, per praticità, veniva quasi sempre compilata e firmata solo dall'assistente sociale dopo aver concordato in modo verbale una linea d'intervento con lo psicologo.

La progettazione sui casi sembra quindi essersi consolidata nel tempo più su un livello implicito e poco formalizzato e, come ha definito una psicologa, *«in modo automatico».*

3.5. La co-costruzione di due strumenti innovativi: la Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi e le Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori.

In questa sezione si analizzeranno nello specifico gli strumenti elaborati dal gruppo, durante il percorso formativo svolto dai ricercatori dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano, attraverso gli spunti di riflessione offerti da tutti i diversi professionisti intervistati e cercando di cogliere gli elementi innovativi e migliorativi che questi strumenti, potenzialmente, potrebbero apportare sia nelle prassi del Servizio Tutela Minori di Brescia, ma anche, in generale, all'interno del panorama dei servizi che si occupano di questo ambito d'intervento, dove la cultura della progettazione sui casi non è ancora entrata nella cultura e nelle pratiche organizzative.

La "*Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi*" che è stata costruita man mano durante i vari incontri, ricalca tutte le fasi del processo d'intervento che gli stessi professionisti seguono nella loro pratica lavorativa, ma in una forma che permette di esplicitarle secondo una logica progettuale.

Essa si compone di 6 parti, di cui 5 elaborate durante il percorso formativo, mentre l'ultima è stata aggiunta a seguito di un lavoro congiunto tra i Responsabili dei due enti e i relativi operatori, sulla base di alcune riflessioni emerse durante una fase di prima applicazione.

In particolare le sezioni della scheda sono le seguenti:

1. Informazioni generali;
2. I problemi e le risorse;
3. La definizione della possibile strategia d'intervento;
4. La definizione del progetto individualizzato;
5. Il disegno di valutazione del progetto;
6. Come è andato il progetto d'intervento.

Parallelamente alla costruzione della scheda, durante le giornate formative gli operatori hanno condiviso delle proposte, suggerimenti e raccomandazioni inerenti procedure organizzative e modalità di lavoro professionale che sono state sistematizzate e riportate all'interno di un documento, ovvero le "*Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria*". Tale documento ha lo scopo di accompagnare sia i professionisti che le loro organizzazioni nell'utilizzo della Scheda e quindi in tutto il processo d'intervento sui casi, offrendo dei punti di attenzione e delle raccomandazioni utili per orientarsi in questo ambito così complesso e in cui è sempre presente il rischio di sentirsi fagocitati dalle dinamiche interne alla propria organizzazione, dalle urgenze, dalla scarsità di risorse, e così via.

Le Linee Guida sono strutturate in questo modo: 3 capitoli, che descrivono rispettivamente le fasi dell'intervento, ognuno dei quali contiene, in forma discorsiva, i punti di attenzione, suggerimenti e raccomandazioni sia per le équipes che per gli enti (ASL e Comune). I capitoli delle Linee Guida sono stati così denominati:

1. Raccolta delle informazioni, descrizione del caso, analisi del problema e delle risorse;
2. Progettazione operativa e realizzazione dell'intervento;
3. Valutazione degli esiti del progetto.

Nei paragrafi seguenti si andranno ad analizzare nello specifico le diverse sezioni degli strumenti elaborati.

3.5.1. L'indagine sociale: la raccolta delle informazioni generali.

Questa prima sezione³¹ della Scheda per la progettazione individualizzata dei casi, si compila quando l'équipe integrata, assistente sociale e psicologo, individuata dai rispettivi Responsabili, deve iniziare un'indagine sociale su un caso, a fronte di un mandato specifico ricevuto dall'Autorità Giudiziaria.

Qui l'obiettivo è di intraprendere una prima conoscenza sul caso, oltre che attraverso un primo contatto con la famiglia, utilizzando la rete del territorio per raccogliere dati e informazioni utili a definire il problema.

Il primo elemento su cui è bene focalizzare l'attenzione è la domanda ricevuta³², ovvero il mandato, in particolare su due aspetti: il soggetto che la richiede, che può essere il Tribunale per i Minorenni di Brescia oppure, ad esempio, il Tribunale Ordinario e il contenuto della domanda, attraverso il quale si mette in evidenza il campo d'intervento dell'équipe, che può essere una prima indagine psicosociale oppure una vera e propria fase progettuale, se si è già in presenza di un decreto.

L'analisi delle informazioni sul caso, predisposta dagli assistenti sociali e dagli psicologi all'interno della Scheda, prevede una distinzione rispetto alle conoscenze già in possesso al momento dell'arrivo del mandato³³, ai soggetti che si stanno contattando per raccogliere ulteriori dati³⁴ e ai soggetti che si intenderà convocare³⁵, specificando quale figura professionale sosterrà il colloquio o se questo verrà espletato dall'équipe integrata.

³¹ Allegato n. 2, "Scheda per la progettazione individualizzata dei casi".

³² *Ivi*, § 1.1.

³³ *Ivi*, § 1.2.

³⁴ *Ivi*, § 1.3.

³⁵ *Ivi*, § 1.4.

La fase d'indagine prevede, inoltre, una prima valutazione di output³⁶ per evidenziare se è stato possibile raggiungere l'obiettivo di contattare e incontrare i diversi soggetti individuati per la raccolta di opinioni e informazioni e, nel caso in cui questo non sia stato possibile, si cerca di esplicitarne le motivazioni.

Nella fase d'indagine psicosociale emerge l'importanza attribuita dagli operatori alla capacità di tessere una rete con il territorio vissuto e frequentato dallo stesso minore e dalla sua famiglia, infatti, la scuola, il pediatra, le associazioni, ecc, sono i soggetti che a vario titolo possono contribuire alla costruzione di una conoscenza più approfondita su un determinato nucleo familiare, anche attraverso un'assunzione di responsabilità rispetto ai dati forniti. A questo proposito infatti, all'interno delle Linee Guida, è stato previsto come punto di attenzione per l'équipe, la possibilità di chiedere formalmente a questi soggetti una documentazione scritta rispetto a quanto dichiarato.

Un altro punto di attenzione sui quali gli operatori hanno voluto porre l'accento in questa fase, riguarda l'importanza del recupero della storia relativa alle modalità di utilizzo di altri servizi specialistici da parte del minore o dei suoi familiari, prevedendo la possibilità di organizzare incontri formali tra tutti gli operatori coinvolti: questo infatti da un lato consentirà di inquadrare meglio le problematiche connesse al caso in questione (per esempio problemi di dipendenza, disturbi psichiatrici degli adulti o neuropsichiatrici del minore, ecc) e dall'altro offrirà maggiori elementi di conoscenza rispetto, ad esempio, al vissuto dei soggetti rispetto alla fiducia e alle aspettative nei confronti dei servizi, le risorse messe in atto per intraprendere un cambiamento, la capacità dell'utente di chiedere aiuto, ecc.

I partecipanti al percorso hanno scelto di inserire nel primo capitolo delle Linee Guida una raccomandazione per gli enti inerente una criticità spesso presente all'interno della fase d'indagine, confermata dagli stessi professionisti durante l'intervista. Nello specifico è emerso che a volte, nel mandato d'indagine psicosociale ricevuto dal Tribunale, non viene precisato chi ha segnalato, oppure possono non essere presenti notifiche e incarichi ad altri servizi che, se presenti, agevolerebbero gli operatori nel passaggio di informazioni. La raccomandazione indicata per gli enti per affrontare questa criticità riguarda la ricerca di un confronto diretto con l'Autorità Giudiziaria al fine di poter ottenere maggiore chiarezza in questa direzione.

A tal proposito infatti, la Responsabile Comunale, a seguito del percorso formativo si è attivata per organizzare degli incontri sia con gli assistenti sociali del Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia, sia con gli altri assistenti sociali a livello sovradistrettuale, per raccogliere i vari nodi critici collegati al rapporto con il Tribunale, affinché, successivamente, possano essere portati

³⁶*Ibidem.*

all'attenzione dell'Autorità Giudiziaria in forma condivisa per un confronto e per individuare una possibile soluzione.

Analizzando questa prima parte della Scheda, che essendo costruita dagli operatori non prevede dei passaggi nuovi o sconosciuti da loro, si possono evidenziare alcuni vantaggi:

- permette di inquadrare in modo visibile le informazioni già in possesso e quelle da raccogliere, offrendo quindi una prima impostazione logica del lavoro d'indagine;
- consente di definire con maggiore chiarezza chi raccoglie le informazioni (l'assistente sociale, lo psicologo o entrambi in équipe) e quale sarà il soggetto che verrà contattato o incontrato (minore, padre, madre, scuola, ecc);
- documenta, anche nell'eventualità di un cambio operatore, i diversi passaggi effettuati durante l'indagine psicosociale, la documentazione scritta che si è riusciti a raccogliere e gli esiti prodotti a seguito dei vari contatti con i soggetti del territorio.

3.5.2. L'analisi del problema e delle risorse.

La seconda parte della Scheda viene compilata durante la fase progettuale, che ha inizio al termine dell'indagine psicosociale o a seguito dell'arrivo del decreto di richiesta al Servizio Tutela Minori di presa in carico del caso.

Infatti, dopo aver raccolto i diversi punti di vista, sia dei soggetti appartenenti al nucleo familiare del minore che dei servizi eventualmente coinvolti e del contesto socio ambientale in cui vive il minore e la sua famiglia, valutandone l'attendibilità e la coerenza con le informazioni già in possesso, l'équipe integrata ha effettuato una prima analisi della situazione e una valutazione della domanda pervenuta dal Tribunale che, conseguentemente, potrebbe comportare una decisione "forte" da parte dell'Autorità Giudiziaria³⁷. Tale decisione si traduce in uno specifico provvedimento volto a limitare la potestà genitoriale e, contestualmente, a richiedere una presa in carico da parte dei servizi, in particolare può prevedere: l'affidamento del minore ai servizi sociali, l'allontanamento del minore dalla famiglia d'origine, il collocamento in ambiente extrafamiliare del bambino oppure di madre/bambino, fino a dichiarare la decadenza dalla potestà, lo stato di abbandono e di adottabilità del minore.

A questo punto quindi l'équipe, in possesso di uno specifico decreto della Magistratura, potrà procedere verso lo step successivo della fase progettuale, ossia la definizione del problema e l'individuazione delle risorse.

³⁷ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pp. 71-72.

La descrizione del problema coincide con la formulazione della *diagnosi* sul caso, ovvero l'esplicitazione della situazione di disagio di cui l'équipe si dovrà occupare e sulla quale si costruirà l'intervento finalizzato ad un cambiamento. La diagnosi psicosociale³⁸ si costruisce attraverso la precedente fase di raccolta di informazioni e ha quindi lo scopo di delineare, come afferma Galli, "il funzionamento globale del sistema utente"³⁹.

L'analisi del problema è connessa all'identificazione delle risorse disponibili e attivabili, riferite sia al sistema utente sia alla rete dei servizi, per i quali viene chiesto di specificarne il ruolo.

In relazione a questo passaggio, la formatrice intervistata ha rilevato che, a differenza della fase precedente di raccolta delle informazioni, ha prodotto nei partecipanti un momento di dibattito e di confronto, specialmente rispetto all'individuazione delle risorse a disposizione all'interno della rete della persona. La condivisione rispetto a questo punto è stata raggiunta attraverso l'utilizzo di una griglia di analisi (Tabella 3.1) costituita da 5 aree di interesse per la rilevazione delle risorse: il contesto sociale ambientale, la situazione personale del bambino, le relazioni intergenerazionali (genitori/figli/nonni), la storia individuale dei genitori e della coppia, le relazioni tra famiglia e servizi. Per ognuna di queste aree dovranno essere individuati i fattori di rischio, con i rispettivi indicatori di malessere/maltrattamento e i fattori di protezione, con i rispettivi indicatori di benessere affinché si possa giungere ad una visione complessiva della situazione del minore, che come afferma Bertotti⁴⁰, può collocarsi lungo un continuum di una graduazione che va dal benessere, al rischio e al danno.

Tab. 3.1 "Il problema e le risorse disponibili"

Indicatori Aree	Fattori di rischio / segni di malessere - maltrattamento	Fattori di protezione/segni di benessere
<i>Contesto sociale e ambientale</i>		
<i>Come stanno il bambino o i bambini?</i>		
<i>Rapporti genitori/figli nonni</i>		
<i>Storia dei genitori/coppia</i>		
<i>Relazioni del nucleo con i servizi</i>		

³⁸ Si preferisce la definizione di diagnosi "psicosociale" in quanto rispecchia l'integrazione multiprofessionale di un primo processo valutativo, effettuato in questo caso dall'assistente sociale e dallo psicologo.

³⁹ D. Galli, *Il servizio sociale per minori*, Franco Angeli, Milano, 2005, pag. 60.

⁴⁰ U. De Ambrogio, (2003), *op. cit.*, pag. 73.

Il riferimento teorico che il gruppo ha scelto per individuare i fattori di rischio e i fattori protettivi, durante il percorso formativo e confermato nei mesi seguenti, attraverso incontri tra i Responsabili dei due enti, è quello offerto dagli esperti del Centro del Bambino Maltrattato di Milano e presente nella letteratura specifica sull'argomento, in diverse fonti⁴¹.

Individuare le risorse e i fattori protettivi che può utilizzare il sistema utente, significa rintracciare gli aspetti concreti e materiali di cui gli individui dispongono e le caratteristiche ambientali o individuali con cui i soggetti interagiscono o da cui provengono le cure⁴², questo passaggio implica per gli operatori confrontarsi con il concetto di *prognosi*, ovvero la previsione sull'esito di un determinato intervento a fronte di una valutazione dell'interazione tra le risorse disponibili, sulle quali poter fare leva per sostenere un processo di cambiamento e tra i fattori che ostacolano o non favoriscono tale processo.

Nella definizione del problema si è voluto evidenziare anche il grado di condivisione e consapevolezza dei diversi attori coinvolti (il minore, la famiglia, l'équipe, altri operatori di servizi specialistici), rispetto al problema enucleato e alle cause sottostanti, attraverso una tabella nella quale è possibile evidenziare le diverse situazioni (da un livello minimo di nessuna consapevolezza ad un livello massimo di completa condivisione). Inoltre, è stato scelto di prevedere uno spazio in cui ipotizzare, in modo sintetico, una possibile soluzione rispetto all'eventualità di una non condivisione del problema da parte di qualche soggetto.

Attraverso le interviste è stato possibile indagare in che modo, gli assistenti sociali e gli psicologi, ritengono sia possibile raggiungere, a livello di équipe integrata, una convergenza sulla visione del problema e nello specifico se la Scheda di progettazione individualizzata dei casi può aiutare, in questo senso, gli operatori.

Secondo il parere di entrambe le categorie professionali è quasi sempre possibile arrivare ad una condivisione dell'analisi del problema a livello di équipe, attraverso una mediazione tra operatori. Gli assistenti sociali tuttavia hanno aggiunto che nella loro prassi operativa, la Scheda potrebbe essere uno strumento che facilita tale condivisione, in quanto l'esplicitazione dei vari passaggi logici, a partire dalla raccolta delle informazioni, l'individuazione in modo preciso dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, permette di chiarire a loro stessi il ragionamento di fondo che è stato fatto e che è stato portato avanti insieme dai due professionisti. In questo modo quindi, essi ritengono, sia più probabile riuscire ad arrivare ad una condivisione comune del problema. Un assistente sociale infatti afferma: *«Nei casi che ho in carico non ho avuto particolari problemi a condividere la visione del problema con lo psicologo, però il fatto di spiegare le motivazioni, i presupposti, per cui si arriva a determinate conclusioni, esplicitare il procedimento logico può*

⁴¹ P. Di Blasio, *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Unicopli, Milano, 2005, pp. 19-51.

⁴² F. Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, Franco Angeli, 2005, pag. 51.

aiutare, perché non c'è una verità a priori ma si arriva sempre ad una conclusione in base a dei presupposti. E' proprio il fatto di rendere esplicito il ragionamento che si è fatto nell'analisi che permette di convergere nella visione del problema».

Il gruppo, inoltre, ha deciso di includere tra i punti d'attenzione per le équipes all'interno delle Linee Guida, quello relativo alle conclusioni delle relazioni dell'assistente sociale e dello psicologo da inviare al Tribunale, dove l'analisi del problema dovrebbe essere concordata e coerente in quanto a monte c'è stata l'esplicitazione e la condivisione in équipes di criteri e parametri di valutazione, quali ad esempio i fattori di rischio e di protezione.

Secondo gli assistenti sociali si possono trarre dei vantaggi nell'utilizzo della Scheda, anche durante la condivisione del progetto individualizzato con la famiglia, soprattutto quando si è in presenza di una negazione o non consapevolezza del problema, come accade il più delle volte in un contesto di tutela minori. Due assistenti sociali infatti affermano:

«La scheda sicuramente può aiutarci ad avere più chiare certe cose e a renderle più facilmente spendibili nei colloqui con gli utenti. Quello che prima era implicito, avendolo più chiaro, riesco anche ad esplicitarlo meglio all'utente»

«Se una cosa è più chiara a te, poi riesci a spiegarla meglio anche all'utente».

Il lavoro con l'utente è infatti volto a far cogliere l'intervento previsto dal decreto del Tribunale, come un'opportunità di cambiamento, ma questo passaggio non è certo facile da gestire quando cambiare significa accettare l'allontanamento di un figlio o fare una presa in carico psicoterapica per il recupero delle capacità genitoriali. Avere a disposizione uno strumento che aiuta gli operatori ad esplicitare i ragionamenti che sono alla base di determinate scelte, a giudizio degli assistenti sociali, può servire dunque ad esplicitare meglio alla famiglia le motivazioni delle scelte o degli interventi messi in atto, ampliando gli spazi per una possibile condivisione.

3.5.3. La definizione della possibile strategia di intervento.

La terza sezione della Scheda, anche questa da compilare al termine della fase di indagine psicosociale, è stata costruita con l'intento di esplicitare il passaggio logico che va dall'osservazione e analisi della situazione, compiuta attraverso l'individuazione dei problemi e delle risorse, alla dichiarazione dei cambiamenti e dei miglioramenti desiderati per il minore e per la sua famiglia.

Sentendo la formatrice questa è stata una delle aree che ha creato maggior dibattito tra i partecipanti del corso in quanto, pur essendo un passaggio che inevitabilmente viene fatto dagli operatori durante il processo d'intervento, è sembrato alquanto complesso descrivere la traduzione dei problemi in obiettivi, in strategie, in cambiamenti concreti a cui il progetto deve tendere.

Il gruppo, dopo una prima fase di confronto, ha scelto di prevedere due tipologie di cambiamento: quello “auspicato” e quello “possibile”.

Sul concetto di cambiamento “auspicabile”, come afferma un’assistente sociale intervistata, inizialmente ci sono state delle difficoltà a capire che cosa realmente si intendeva: *«quello che sarebbe meglio in assoluto, o è un concetto già più riduttivo dell’assoluto?»*. In seguito, gli assistenti sociali e gli psicologi hanno concordato nel considerare questo tipo di cambiamento non in modo assoluto e completamente avulso dalla realtà da affrontare, ma come una situazione ideale a cui potenzialmente si potrebbe tendere nel percorso progettuale e che potrebbe essere raggiunta solo con il verificarsi di determinati eventi o modifiche di comportamento, in quel momento però difficilmente realizzabili. Il gruppo ha comunque deciso di lasciare questo spazio di ipotesi progettuale considerandolo un aspetto dinamico del progetto, ovvero alcuni cambiamenti pensati come auspicabili, nel tempo potrebbero diventare anche possibili. Inoltre, come ha sottolineato un’assistente sociale intervistata, mantenere viva l’attenzione anche sui cambiamenti desiderabili, permette di non esporsi al rischio di cadere in una taratura verso il basso dei livelli di miglioramento da raggiungere, nonostante la complessità delle condizioni iniziali d’intervento.

Il cambiamento “possibile” rappresenta invece il reale spazio di intervento su cui l’équipe può progettare dei miglioramenti, in base alle risorse realmente disponibili, sia da parte del sistema utente, sia quelle che a livello operativo possono essere messe in campo dai servizi.

Questo punto di vista, secondo gli intervistati, può essere molto utile in fase di progettazione perché aiuta a superare i vissuti di frustrazione su cui spesso gli operatori rischiano di incappare quando ci si ferma a ragionare solo sul cambiamento auspicabile. I limiti di risorse, di tempo, i carichi di lavoro, le fragilità stesse degli utenti, rischiano infatti di ostacolare il raggiungimento di alcuni obiettivi che possono risultare sovradimensionati, pur essendo desiderabili. Pensare ad un cambiamento “possibile” invece permette di valorizzare, all’interno del percorso d’aiuto, anche i piccoli risultati raggiunti. Un assistente sociale infatti, a tal proposito, afferma: *«Molte volte noi abbiamo in mente l’auspicato e questo provoca un senso di frustrazione perché non vediamo, dopo un determinato periodo, il cambiamento che ritenevamo auspicabile e rischiamo di mollare tutto. Mettere invece nero su bianco il cambiamento possibile, effettivamente realizzabile, ci permette di valorizzare anche i piccoli cambiamenti, in base alle caratteristiche della situazione di partenza. Serve quindi per dare una fattibilità alle cose e non solo un’idealità»*.

Dalla distinzione tra il cambiamento “auspicabile” e quello “possibile” è discesa una precisa raccomandazione per le équipe, inserita nelle Linee Guida, si precisa l’importanza di valutare attentamente il contesto e le risorse effettive disponibili, per poter costruire progetti realizzabili e non “onnipotenti”, quindi irrealizzabili.

Il secondo passaggio di questa terza area di progettazione consiste nell'individuare la strategia d'intervento praticabile da suggerire al Tribunale. Si tratta quindi, come ha definito la ricercatrice/formatrice IRS, di un «*pensiero puramente progettuale*», che ha creato, in fase di elaborazione, qualche resistenza da parte di alcuni operatori. La difficoltà più grande, secondo quest'ultima, risiedeva nel descrivere il pensiero che sottende il progetto per quel determinato minore che poteva volgere verso, ad esempio, un inserimento in comunità, piuttosto che un affidamento familiare o quant'altro.

3.5.4. La definizione del progetto individualizzato d'intervento.

La quarta area della Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi prevede, a seguito dell'arrivo del provvedimento da parte dell'Autorità Giudiziaria, la definizione di un progetto individualizzato d'intervento, co-costruito dall'équipe integrata secondo le caratteristiche di congruenza e logicità interna, previste dalla teoria sulla progettazione.

In questa tappa del progetto, l'équipe ha già ricevuto un preciso mandato dal Tribunale che potrebbe essere in linea o meno con quanto suggerito dai professionisti del Servizio Tutela Minori, nella fase precedente, ovvero al termine dell'indagine psicosociale.

Il mandato rappresenta la decisione del Giudice rispetto alle misure e agli interventi che i servizi dovranno mettere in atto a tutela del minore e alle eventuali proposte di aiuto per la famiglia.

Gli operatori hanno deciso di riportare, in forma scritta, tale decisione all'interno dello strumento elaborato, in uno spazio dedicato, al quale seguirà l'indicazione della strategia possibile che l'équipe perseguirà, per la presa in carico di quel determinato caso, in base al contenuto del dispositivo del Tribunale.

Questo passaggio a volte può comportare una ridefinizione, da parte degli operatori del Comune e dell'ASL, del pensiero progettuale elaborato per il minore e la sua famiglia, ad esempio, quando la decisione del Giudice piuttosto di andare verso l'inserimento del minore in comunità d'accoglienza, suggerita dagli operatori, prevede un inserimento in comunità di madre e bambino. In questo caso quindi si tratterà di riprogettare l'intervento, in conformità a quanto disposto dalla Magistratura.

E' chiaro quindi come l'arrivo del decreto rappresenti uno snodo fondamentale per l'operatività dei servizi, i quali, a partire dall'analisi dei bisogni effettuata sul caso, dovranno assumere le prescrizioni del Giudice, restituirle alla famiglia, affrontando quindi probabili meccanismi di negazione e resistenza e, contemporaneamente, dovranno coinvolgerla il più possibile nella progettazione che la riguarda, incoraggiando un desiderio di cambiamento, condizione

imprescindibile per stabilire una minima alleanza, inserita anche come raccomandazione per le équipe, all'interno delle Linee Guida.

In riferimento a questo passaggio così complesso, emergono le seguenti riflessioni: la prima riguarda il ruolo degli operatori che, in una fase precedente, hanno individuato il cambiamento "possibile" per quella famiglia e ora, a fronte di un decreto, dovranno lavorare con i genitori per suscitare in loro il desiderio di raggiungere quel cambiamento ritenuto, dai professionisti, "possibile". A questo proposito, particolarmente significativo sembra essere il richiamo a quello che Cirillo ha definito "spirito terapeutico" o "atteggiamento non neutrale" che gli operatori dovrebbero assumere in questa fase e che si sostanzia nel desiderio stesso del professionista a voler trovare, anche nei contesti più difficili, qualche risorsa per stimolare la volontà di un cambiamento. Egli infatti afferma: "E poiché non ci può essere cambiamento senza un desiderio di cambiare, sarà il nostro, di desiderio, finché quello dell'utente non c'è, a sostituirlo, per un tratto di strada"⁴³.

La seconda considerazione, invece, intende riportare l'attenzione sull'analisi compiuta al paragrafo 1.2, circa il rapporto tra Magistratura e Servizi, a fronte dell'evoluzione normativa avvenuta negli ultimi anni (riforma del "giusto processo") e confrontarla con le criticità operative riscontrate all'interno dell'indagine effettuata nel territorio bresciano.

Il rischio d'isolamento dei giudici in una "torre d'avorio", dopo aver emanato il decreto e incaricato i servizi di intervenire attraverso un mandato, evidenziato al paragrafo 1.2, sembra, in effetti, essere presente a livello pratico anche nei servizi bresciani. I partecipanti al percorso formativo, infatti, hanno scelto di inserire nelle Linee Guida uno specifico punto d'attenzione per i Responsabili dei due enti, che riguarda l'opportunità di prevedere e promuovere delle occasioni di confronto e di scambio con l'Autorità Giudiziaria, non solo in fase d'indagine, ma anche durante l'intervento, affinché sia mantenuto un rapporto in itinere tra i due sistemi, Servizi e Magistratura, evitando il rischio di perdere il significato complessivo del progetto per il minore.

La descrizione del progetto individualizzato d'intervento, in questa parte della Scheda, avviene attraverso la predisposizione di una griglia composta da 5 colonne (Tabella 3.2) in cui vengono declinati in modo schematico i diversi passaggi logici, tipici della fase progettuale.

Nella prima colonna si individueranno gli *obiettivi* del progetto, ovvero l'esplicitazione di che cosa si desidera cambiare per quella situazione e che, come si afferma a livello teorico⁴⁴, possono riguardare caratteristiche dei singoli individui (atteggiamenti, comportamenti, stati affettivi, ecc), le relazioni tra due o più persone del sistema familiare o fra due o più sistemi (per esempio le relazioni tra genitori e scuola, tra il minore e il contesto extrascolastico, ecc).

⁴³ S. Cirillo, (2005), *op. cit.*, pag. 89.

⁴⁴ L. Leone, M. Prezza, (1999), *op. cit.*, pp. 88-89.

Per raggiungere quel determinato obiettivo si dovrà quindi prevedere un'azione specifica che consentirà di ottenere il cambiamento ipotizzato: ad esempio, se l'obiettivo individuato è "migliorare il livello di socializzazione del minore", un'azione corrispondente potrebbe essere quella di prevedere l'iscrizione del bambino ad un'attività sportiva del quartiere. Un altro passaggio sarà quello di identificare gli *attori*, ovvero i soggetti che rivestiranno un ruolo preciso nel raggiungimento di quel determinato obiettivo. Tornando all'esempio precedente, si può immaginare che per aumentare il grado di socializzazione del minore, raggiungibile attraverso la sua iscrizione ad un'attività sportiva, possano essere coinvolti i genitori, oppure un educatore, nel caso in cui sia stato attivato un servizio educativo domiciliare, oppure l'assistente sociale del Comune che conosce nel territorio le associazioni sportive e potrebbe mettere in rete la famiglia e l'associazione sportiva. Nel progetto individualizzato vanno inoltre indicate le *risorse* necessarie per realizzare quella determinata attività e quelle effettivamente disponibili in quel momento. Infine, deve essere indicato il *tempo* necessario per raggiungere ogni obiettivo prefissato, questo per organizzare anche a livello temporale gli interventi e per conferirgli un maggior livello di concretezza.

Tab. 3.2 "Obiettivi, azioni e attori"

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/azioni</i>	<i>Attori</i>	<i>Risorse Effettive Disponibili</i>	<i>Tempi di raggiungimento dell'obiettivo</i>
1.				
2.				
3.				
4.				

E' stato chiesto ai diversi professionisti un parere rispetto all'utilità di questa forma di progettazione individualizzata, in cui obiettivi, azioni, attori, ecc, vengono declinati in modo schematico.

Secondo gli intervistati, in particolare da parte degli assistenti sociali, questa griglia pur rappresentando «una fatica in più per gli operatori», viene vista come un potenziale punto di forza nella fase di progettazione per più motivi: per prima cosa consente, a livello di documentazione interna del servizio, di garantire una "tracciabilità" dei diversi passaggi che sottendono l'intero progetto sul caso, in particolare, considerato il tourn-over di operatori verificatosi negli ultimi anni, quando c'è da fare un passaggio di consegne ad altri colleghi, questo documento presenta delle

caratteristiche di maggiore visibilità, di chiarezza, per cui può risultare più agevole la comprensione del pensiero progettuale degli operatori che fino a quel momento si sono occupati del caso.

L'esplicitare in modo logico i diversi obiettivi, le azioni, gli attori che compongono il progetto individualizzato complessivo, secondo gli intervistati, rappresenta una guida, una bussola d'orientamento, nella stesura delle relazioni al Tribunale, infatti un assistente sociale afferma: *«aiuta a ricostruire il percorso, anche quando si devono scrivere le relazioni al Tribunale, si riescono ad esplicitare meglio i vari passaggi che hanno portato ad affermare una determinata conclusione. Nelle relazioni, infatti, spesso il ragionamento che sta dietro alle conclusioni rimane più implicito»*.

Oltre a questi aspetti viene evidenziato come l'esplicitare questi passaggi logici possa aiutare l'assistente sociale nella relazione con lo psicologo, in quanto, entrambi i professionisti, sono, in un certo senso, "costretti" a chiarire le rispettive posizioni e punti di vista sul caso e questo può dunque facilitare i processi decisionali insiti nel processo d'aiuto.

3.5.5. Il Disegno di Valutazione del Progetto Individualizzato.

La quinta sezione della Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi rappresenta la fase valutativa del processo di progettazione.

Il presupposto di base è che nel lavoro sociale, per garantire significato ed efficacia dell'agire professionale, è necessario, per gli operatori, dotarsi di un bagaglio teorico e metodologico, non solo nella progettazione, ma anche nella valutazione degli interventi.

Questo significa assumere un'ottica progettuale e strategica, di cui si è già parlato in altre parti di questo lavoro, ma che si intende riprendere a livello concettuale per sottolineare l'importanza, specialmente nell'ambito complesso della tutela minori, di mantenere viva l'attenzione sui risultati di ogni singolo intervento, per poi procedere ad una ri-progettazione in senso migliorativo.

Il rischio che si intravede nel sottovalutare questa dimensione del processo di progettazione, è quello di investire molte energie e risorse nell'elaborare azioni d'intervento, nel predisporre proposte d'aiuto per gli utenti, senza poi avere un riscontro sull'efficacia, sui cambiamenti ottenuti o sulle criticità che hanno ostacolato il miglioramento della situazione iniziale.

Risulta quindi fondamentale, all'interno delle culture professionali e delle culture organizzative, introdurre e stimolare l'utilizzo di metodologie di valutazione sui casi, per diversi motivi:

- permette di creare le basi per prefigurare un reale cambiamento nel sistema utente: la valutazione sui casi infatti non equivale, come affermano Casartelli e Bertotti⁴⁵, ad un giudizio

⁴⁵ U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, (2007), *op. cit.*, pag. 73.

“sulla” persona, ma consente di mettere a fuoco la strada da percorrere per ottenere anche piccoli cambiamenti, quindi è un giudizio sul “fare” e non sull’“essere”. Questo aspetto da un lato aiuta ad innalzare la motivazione e gli apprendimenti degli assistenti sociali e psicologi coinvolti nella progettazione e dall’altro, coinvolge le persone nell’apprezzare i loro risultati e nel “desiderare” il cambiamento che gli operatori hanno mostrato come “possibile”.

- La valutazione in questo ambito, condotta attraverso una metodologia appropriata, consente inoltre di aumentare la consapevolezza degli operatori rispetto alla propria responsabilità professionale nell’esprimere un giudizio sul progetto in corso, sugli esiti ottenuti e su una riprogettazione degli interventi. Riuscire a motivare le scelte professionali aiuta, infatti, a rendere la comunicazione più trasparente, sia tra i professionisti della stessa équipe, sia tra questi e il Tribunale, con gli utenti, con i propri Responsabili e, non da ultimo, anche nell’esplicitare al livello politico gli interventi predisposti a tutela delle persone.
- Introdurre degli strumenti di valutazione nella progettazione sui casi rappresenta un passaggio culturale all’interno dei servizi, ancora in gran parte in divenire, che consente agli operatori di acquisire, nel proprio agire professionale, una tensione verso una maggiore obiettività, superando quindi lo stereotipo che vede il campo del sociale come un terreno in cui prevale la soggettività e il buon senso, pur nella consapevolezza che l’oggettività assoluta in questo ambito, non potrà mai essere raggiunta completamente, concetto rappresentato da Alfoldi⁴⁶ con una curva asintotica che non raggiunge mai l’asse dell’oggettività.

La co-costruzione dello strumento di progettazione individualizzata dei casi, realizzatasi durante il percorso formativo per assistenti sociali e psicologi del Servizio Tutela Minori di Brescia, ha quindi compreso anche la fase valutativa della progettazione. Per verificare la tenuta complessiva del progetto, relativo ad un minore con provvedimento dell’Autorità Giudiziaria, il gruppo, attraverso il supporto tecnico dei ricercatori/formatori IRS, ha elaborato un *disegno di valutazione del progetto*. Come già riportato a livello teorico nel paragrafo 2.5.4., la ricerca valutativa necessita, infatti, di essere progettata attraverso uno specifico disegno di ricerca in cui viene esplicitato perché si valuta, cosa si valuta, quali aspetti, secondo quali criteri e indicatori, ecc.

Si definisce, quindi, un percorso attraverso cui verrà formulato il giudizio valutativo sul progetto.

Il metodo proposto dai ricercatori/formatori è quello che loro stessi utilizzano nell’ambito IRS, nella valutazione dei progetti, che prevede undici passaggi logici⁴⁷, ma che, in questa esperienza formativa è stato adattato alla valutazione del progetto individualizzato per i minori

⁴⁶ *Ivi*, pag. 92.

⁴⁷ Il disegno di valutazione composto da undici passaggi logici è stato descritto al paragrafo 2.5.4.

sottoposti a provvedimento del Tribunale, riducendo a cinque gli step del disegno di valutazione, considerato anche il fatto che il gruppo si trovava, per la prima volta, a confronto con uno strumento di valutazione dotato di rigore metodologico e non vi era molta familiarità con la prassi valutativa. È stata quindi costruita una tabella composta da cinque colonne (Tabella 3.3), in cui sono state definite le diverse tappe della ricerca valutativa che l'équipe integrata dovrà realizzare per sviluppare nuove conoscenze attorno al progetto, che è stato pensato e condiviso per un determinato minore, per scoprire gli eventuali motivi di successo o insuccesso, affinché si possa procedere a una ri-progettazione del percorso d'aiuto in senso migliorativo.

Tab. 3.3 “Il disegno di valutazione del progetto”

Finalità (strategia)	Criteri	Indicatori	Fonte informativa	Quando sarà realizzata la rilevazione?

Individuare la *finalità* del progetto d'intervento per gli assistenti sociali e psicologi significa rispondere alla domanda “cosa voglio valutare?perché valuto?con quale scopo?”. Questo passaggio consente di definire il campo d'azione del processo valutativo, rispetto agli obiettivi che nel piano d'intervento si erano esplicitati e aiuta gli operatori a dichiarare i valori di riferimento che sottendono il progetto e la sua valutazione, il senso dell'agire professionale.

Il disegno della ricerca valutativa prosegue con l'esplicitazione dei *criteri* con cui valutare, ovvero gli aspetti oggettivi in base ai quali i professionisti possono esprimere un giudizio rispetto al raggiungimento di un determinato obiettivo del progetto d'intervento personalizzato. Successivamente si individuando gli *indicatori* che andranno a precisare e a descrivere, attraverso una variabile quantitativa o qualitativa, l'andamento del fenomeno che è stato scelto come criterio guida per la valutazione di un obiettivo.

Per poter valutare è necessario individuare anche le *fonti* e gli strumenti attraverso cui raccogliere le informazioni. In più riferimenti teorici sulla valutazione emerge che la qualità della valutazione è determinata da diversi fattori, tra cui l'utilizzo di una pluralità di fonti informative. Nell'ambito dei minori con decreto dell'Autorità Giudiziaria si possono considerare fonti informative, in primo luogo il contesto familiare stesso del bambino: attraverso più strumenti professionali sia l'assistente sociale che lo psicologo, anche in maniera congiunta, potranno raccogliere informazioni utili nella loro ricerca valutativa. Ad esempio attraverso il colloquio, la visita domiciliare, si potrà verificare,

come e se, gli obiettivi e le relative azioni, concordate con i genitori, stanno proseguendo. Un'altra fonte informativa potrà essere rintracciata nell'ambito extrafamiliare, in particolare attraverso i colloqui con le insegnanti della scuola, le relazioni prodotte dagli educatori della comunità d'accoglienza o le osservazioni della famiglia affidataria oppure dell'educatore che sta svolgendo un servizio educativo domiciliare nel contesto familiare del bambino. In questi casi gli strumenti utilizzati saranno incontri tra i professionisti (in équipe integrata ma anche separatamente) e i vari interlocutori individuati. Le fonti informative inoltre possono essere rappresentate dai professionisti di altri servizi specialistici (ad esempio i servizi per le dipendenze o i centri di salute mentale che generalmente seguono gli adulti), che l'assistente sociale e lo psicologo potranno contattare per verificare ad esempio il grado di adesione e collaborazione dell'adulto nella presa in carico terapeutica, la prognosi rispetto alla patologia e le ricedute sul suo sistema di relazioni, ecc.

L'équipe inoltre dovrà darsi dei *tempi* rispetto alla propria ricerca valutativa, nell'ultima colonna della tabella riferita al disegno di valutazione, si dovrà, infatti, indicare quando sarà realizzata la rilevazione delle informazioni. In questo modo l'équipe può darsi degli step di verifica per ogni obiettivo di miglioramento individuato, affinché la valutazione non si risolva esclusivamente in un atto finale all'interno del processo di progettazione, ma possa accompagnare l'intero percorso d'aiuto al minore e alla sua famiglia, consentendo quindi, anche in corso d'opera, una ri-progettazione.

La parte finale della Scheda (sezione n. 6) è stata aggiunta dagli operatori dei due enti, riunitisi con i rispettivi Responsabili, a percorso formativo terminato, sulla base di alcune prime sperimentazione dello strumento.

In questa tappa del progetto individualizzato, a completamento della ricerca valutativa intrapresa attraverso il disegno di valutazione della sezione precedente, gli operatori hanno previsto quattro domande⁴⁸, la cui risposta consentirà ai professionisti di collegare il disegno di valutazione del progetto ad una eventuale nuova ri-progettazione del caso.

Per accompagnare l'applicazione del disegno di valutazione, quale strumento metodologico del tutto nuovo per gli assistenti sociali e gli psicologi di questo servizio, il gruppo di lavoro ha elaborato, attraverso il supporto dei ricercatori/formatori IRS, dei punti di attenzione per le équipe e per i Responsabili dei due enti, riportati all'interno delle Linee Guida, il secondo strumento innovativo prodotto nell'abito del percorso formativo.

Le raccomandazioni che gli operatori si sono dati e che hanno scelto di precisare in questo documento, riguardano in primo luogo la concezione della dimensione valutativa come un processo che, fin dall'inizio, accompagna la progettazione individualizzata. Inoltre, è stato precisato che la

⁴⁸ Allegato n. 2, § 6.

valutazione degli esiti del progetto e l'individuazione delle criticità e dei punti di forza delle azioni messe in atto, devono essere condotte in équipe, sia in itinere che a conclusione dell'intervento.

Un altro aspetto importante a cui i professionisti hanno voluto dedicare una specifica raccomandazione, riguarda la distinzione tra più livelli di analisi, ovvero tra la valutazione degli esiti che riguardano il minore e quelli relativi alla sua famiglia. Questo consente di mantenere viva l'attenzione non solo sul soggetto da tutelare (il bambino) ma anche su tutto il sistema familiare.

Nelle Linee Guida una raccomandazione che i Responsabili dei due enti hanno voluto esplicitare, riguarda la previsione di momenti di valutazione sull'efficacia del Servizio Tutela Minori, sulla scorta delle valutazioni effettuate sui casi e dei risultati raggiunti nella progettazione individualizzata. Questo permette, a livello programmatico, di identificare nuove modalità di lavoro, di compiere scelte organizzative mirate e di confermare ciò che nel servizio funziona oppure di realizzare economie di spesa, il tutto in funzione di un miglioramento della qualità e dell'efficacia del servizio erogato.

3.5.6. La dimensione valutativa nella prassi del Servizio Tutela Minori di Brescia.

Attraverso le interviste somministrate agli operatori dei due enti e ai loro Responsabili, si è potuto analizzare il grado di familiarità dei servizi sociali, in particolare del Servizio Tutela Minori, con la funzione valutativa, impostata secondo una struttura metodologica che deriva dalla teoria sulla valutazione. Inoltre, il punto di vista esterno della formatrice, ha aggiunto a questa analisi altri importanti spunti di riflessione.

Quest'ultima infatti ha osservato come, durante l'esperienza formativa, uno degli aspetti su cui si è riscontrata maggiore resistenza da parte degli operatori, riguardava proprio il processo di valutazione del progetto sul caso, condotto tramite una metodologia che potesse rendere più oggettivo il giudizio espresso sull'andamento del progetto per un determinato minore.

Un assistente sociale intervistato a tal proposito afferma: *«Io ho visto che le maggiori difficoltà sono emerse nella parte della valutazione: quando c'era da compilare la scheda tutti avevano fatto la prima parte (definizione progetto, obiettivi, ecc) ma quando si è arrivati alla valutazione si è visto che non siamo abituati a chiudere con un progetto dicendo cosa è andato bene e cosa male, come andiamo avanti. La valutazione permette di riappropriarti del progetto, fare il punto della situazione rispetto ai tempi che ci siamo dati, cosa siamo riusciti a fare, che cosa resta da fare e cosa potremmo fare per andare avanti nel progetto. Questa scheda ci aiuta a fare questo ragionamento a cui solitamente non siamo abituati, forse per i tempi...la valutazione potrebbe servire anche per il tempo in cui mantieni un determinato intervento, che magari ha degli effetti*

negativi se protratto, in questo caso il tempo non fa altro che peggiorare la situazione, oltre che rappresentare uno spreco di risorse, sarebbe utile fare un ragionamento in termini di valutazione degli esiti per riprogettare e rendere più efficace l'intervento».

Quello che emerge dalle riflessioni dei professionisti, è che nella prassi lavorativa essi svolgono una funzione valutativa sul progetto d'intervento, ma questa solitamente avviene attraverso un confronto in équipe integrata dove si va ad esprimere un giudizio, a livello generale, se il progetto sta andando bene o sta andando male. A volte, per la scarsità di tempo a disposizione, gli operatori fanno valutazioni attraverso uno scambio veloce di informazioni, anche tra i corridoi o al telefono, oppure, a seconda della complessità del caso, coinvolgendo anche i rispettivi Responsabili, ma in assenza di un'esplicitazione dei criteri, degli indicatori, dei fattori oggettivi, in base ai quali è possibile affermare se gli obiettivi del progetto sono stati raggiunti. La dr.ssa Guidetti, infatti, ha rilevato come all'interno del Servizio Tutela Minori di Brescia, la valutazione, come confronto rispetto all'andamento del progetto, al miglioramento del benessere del minore, sia comunque una prassi condivisa, pur essendo poco esplicitato "il come andare a guardare queste cose". Essa ha sottolineato come, durante gli incontri in aula, in cui si è sperimentata la Scheda di progettazione sui casi portati dagli operatori, essi facevano fatica a dire concretamente quali erano gli elementi che si potevano vedere e che facevano dire che un progetto stava proseguendo positivamente o meno. Tale difficoltà è stata confermata sia dagli assistenti sociali che dagli psicologi, nonché dai rispettivi Responsabili, in particolare, per quanto riguarda la distinzione tra i criteri e gli indicatori. La scarsa familiarità con questi passaggi logici ha sollecitato, in sede di formazione, confronti e molte richieste di chiarificazione in quanto la tendenza era quella di confondere i due step del disegno di valutazione. Il rischio che può insorgere nel non utilizzare una metodologia di valutazione, a parere dell'intervistata, è quello di trasmettere, al Giudice, agli altri professionisti e, non da ultimo, agli utenti, un giudizio sul caso formulato come una percezione, come qualcosa di soggettivo.

Un altro rischio connesso alla mancanza di una prassi valutativa fondata su presupposti logici e metodologici precisi, all'interno del servizio analizzato, sembra essere quello di non riuscire a motivare dal punto di vista politico le scelte relative alla gestione del servizio stesso e dei casi, ad esempio se si tratta di aumentare la voce di spesa per un determinato servizio (per esempio l'educativa domiciliare, la mediazione culturale, ecc) oppure per un intervento a tutela di un minore (ad esempio quando si tratta di prolungare la permanenza di un bambino in una comunità di accoglienza). Un problema diffuso nei servizi, secondo la formatrice, infatti, sembra essere la difficoltà a mostrare e a rendere comprensibile, anche all'esterno, per esempio al Direttore Sociale di un'ASL, al Dirigente di un Comune, all'Assessore, quello che si sta facendo, perché si è avanzata una certa proposta anziché un'altra.

Il disegno di valutazione è parso quindi, dal punto di vista della formatrice, ma confermato anche dalle opinioni espresse dagli stessi operatori, una fase complessa della progettazione in quanto presuppone una traduzione, in forma scritta, delle informazioni e del pensiero progettuale che si ha sul caso e richiede un notevole cambio di prospettiva rispetto alle prassi abituali di lavoro. Non utilizzando un assetto metodologico preciso, nella valutazione dei progetti individualizzati, e dando per scontati alcuni passaggi logici che portano ad affermare se quello che si è progettato è realmente servito, si rischia di leggere gli esiti degli interventi messi in atto in modo soggettivo. Le valutazioni di questo tipo risultano facilmente opinabili, in quanto poco ancorate alla realtà e ad aspetti concreti e misurabili, inoltre rischiano di essere scarsamente utilizzabili nel momento in cui si devono prendere decisioni in quanto si fondano su giudizi generici.

E' stato chiesto alla ricercatrice/formatrice IRS in che modo un operatore può superare queste resistenze nell'avvicinarsi al processo valutativo, costruito attraverso passaggi metodologici volti a costruire un disegno di valutazione complessivo del progetto, ed essa ha risposto: *«In tutto questo tanto aiuta l'abitudine, la sperimentazione e l'utilizzo, il confrontarsi continuamente con questi progetti e la possibilità di modificarli nel momento in cui non ci si trova dentro. E' chiaro che se uno strumento del genere ti fa sentire troppo legato a inserire delle informazioni che non ti interessano, che non sono rilevanti, poi diventa inutile. Invece, è importante avere la possibilità di dirsi "questo è uno schema base, dopodiché nel momento in cui non mi interessa individuare questa parte non la scrivo, non la riempio, e non succede niente". Questo richiede un cambio di prospettiva, nell'idea di riuscire a codificare le informazioni e i pensieri che si hanno»*. Da queste parole si coglie pertanto la necessità di favorire, all'interno dei servizi sociali, una scelta epistemologica che permetta ai professionisti di sviluppare quella che Manoukian definisce "una mente ospitale", di cui più sopra si è parlato⁴⁹, in grado di accogliere le "ipotesi insature", offerte ad esempio attraverso questo percorso formativo e sperimentando nuove piste di lavoro che consentano di innalzare il livello di qualità dei servizi offerti.

Rispetto all'approccio al tema della valutazione, si è ipotizzato che ci possa essere una qualche differenza tra le due culture professionali qui considerate, assistenti sociali e psicologi, dal momento che i secondi, per una propria impostazione professionale, nella prassi lavorativa utilizzano degli strumenti di valutazione, quali ad esempio i test, ed è stato chiesto un parere in merito alla formatrice. Essa ha confermato tale ipotesi specificando che gli psicologi hanno più dimestichezza nell'utilizzo ad esempio delle codifiche proposte, tuttavia, essi, afferma la formatrice, *«sono sui casi molto meno tempo rispetto agli assistenti sociali e questo crea un ostacolo dall'altra parte»*. Per gli assistenti sociali invece questi strumenti sembrano essere molto distanti, proprio per

⁴⁹ Cfr. § 1.1.4.

cultura professionale, ad esempio, come sottolinea l'esperta, nel caso delle relazioni al Tribunale, queste vengono redatte quasi in forma di tema, dove per un Giudice, può risultare difficile cogliere in modo immediato i punti salienti e comprendere perché da una determinata osservazione deriva una certa proposta di intervento. Secondo la ricercatrice/formatrice, infatti, *«nel momento in cui si ha una Scheda come questa, anche redigere la relazione al Tribunale diventa più semplice, più snello, si ha già tutto il materiale, una traccia per metterlo poi in una forma più comprensibile»*.

Le informazioni e le impressioni raccolte con le interviste, hanno offerto degli spunti di riflessione sul valore aggiunto che una ricerca valutativa sul progetto d'intervento, condotta con questa metodologia, potrebbe apportare nel rapporto con i soggetti coinvolti nella situazione del minore. Per gli operatori avere ben chiaro in base a quali criteri e a quali indicatori si può comunicare alla famiglia se l'intervento ha più o meno successo, oppure si formulano nuove proposte progettuali, probabilmente faciliterebbe la costruzione di un' "alleanza terapeutica" anche in un contesto in cui la domanda di aiuto non è spontanea ma conseguente ad un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. La trasparenza e la chiarezza delle informazioni infatti aiuta la persona ad entrare maggiormente in contatto con il proprio disagio e a sentirsi accolta in quanto non giudicata come persona, ma accompagnata in un percorso di cambiamento che ha come fine ultimo il benessere del minore.

3.6. La de-costruzione delle prassi operative e la co-costruzione di nuovi strumenti di progettazione: gli esiti di questa esperienza.

Attraverso le interviste somministrate, si è potuto ripercorrere con i professionisti della tutela minori del Comune e dell'ASL del territorio bresciano, le diverse fasi dell'esperienza formativa, raccogliendone gli esiti, di cui i partecipanti sono stati testimoni attivi, le criticità e gli spunti di riflessione, utili per mantenere costante nel tempo una tensione verso il miglioramento delle prassi operative del servizio.

Un primo aspetto dell'esperienza sul quale si è cercato di ragionare con gli intervistati, si riconduce alla prima ipotesi formulata all'inizio di questo lavoro di ricerca⁵⁰, ovvero l'idea che in un servizio in cui sono in atto dei cambiamenti organizzativi o una rivisitazione delle prassi operative, l'approccio della ricerca-azione possa sviluppare nuovi apprendimenti e, in particolare, prendendo a prestito l'immagine descritta da Manoukian⁵¹, è stato chiesto se la de-costruzione delle proprie modalità di lavoro finalizzata ad una co-costruzione di nuovi strumenti professionali, permetta ai

⁵⁰ Cfr. § 3.

⁵¹ F. O. Manoukian, F. D'Angella, G. Mazzoli, (2003), *op. cit.*, pp. 150-151.

professionisti di “vedere” aspetti inediti del proprio lavoro e quindi possa stimolare il cambiamento in senso migliorativo.

La prima evidenza, rispetto a questa sollecitazione rivolta agli operatori, riguarda la differenza tra le due categorie professionali in relazione alla capacità di cogliere gli esiti e quindi di poter “vedere” nuovi aspetti del proprio lavoro attraverso questa esperienza formativa.

Si è colta infatti una maggiore resistenza da parte degli psicologi rispetto all’opportunità di cambiamento, offerta da questo percorso attraverso una “scomposizione” delle fasi di lavoro e una ri-costruzione condivisa di nuovi strumenti di progettazione. Tra gli psicologi intervistati è emersa una certa difficoltà a mettere in discussione le proprie prassi d’intervento e a contemplare nuove piste di lavoro basate su una metodologia che trae fondamento dalle teorie sulla progettazione e valutazione sociale. Gli operatori dell’ASL sembrano, da un lato, difendere l’esperienza professionale maturata negli anni nell’ambito della tutela minori e del lavoro integrato con gli assistenti sociali comunali per la gestione e progettazione dei casi, dall’altro esprimono un forte disagio relativo proprio alla gestione dei casi, specialmente per quanto riguarda i carichi di lavoro, la scarsità delle risorse, i rapporti con il Tribunale e con altri servizi specialistici. Una possibile interpretazione rispetto a tale difficoltà potrebbe essere il fatto che il de-costruire le prassi consolidate del proprio lavoro può ingenerare il timore di essere criticati e può far sorgere sentimenti difensivi, di disillusione e diffidenza verso nuove proposte (“tanto i problemi rimangono comunque”). Nonostante queste resistenze nel “vedere” aspetti inediti del proprio lavoro e nell’immaginare nuovi scenari per il superamento dei problemi organizzativi, comunque esistenti, gli psicologi hanno ribadito l’importanza e la necessità, avvertita da tempo, di aver usufruito di uno spazio di dialogo, confronto e condivisione con l’altro ente e in particolare con gli assistenti sociali. L’esperienza del percorso formativo, secondo gli psicologi, ha permesso di esplicitare, a livello collettivo, molte criticità rimaste in sospeso per parecchio tempo e che rischiavano, se non condivise, di rendere ancora più complesso il processo di integrazione tra i due enti nella presa in carico dei casi. A tal proposito essi hanno sottolineato l’esigenza di poter continuare, anche oltre l’esperienza formativa, ad avere momenti di confronto e di supervisione con gli assistenti sociali e con i rispettivi responsabili sulle prassi condivise e sulle criticità operative incontrate nella quotidianità del lavoro, affinché ci sia un coordinamento periodico in grado di salvaguardare i processi di integrazione tra i due enti.

Quest’ultimo punto rispecchia anche l’opinione degli assistenti sociali intervistati, per i quali il confronto con i colleghi dell’ASL è sembrato non solo un obiettivo raggiunto del percorso di ricerca-azione, ma anche un punto di partenza per ri-organizzare un sistema integrato di interventi sociali e socio sanitari nell’ambito della tutela minori.

Negli assistenti sociali si può affermare che è trasparsa una motivazione più forte nel rivedere e ripensare alle proprie metodologie di lavoro, attraverso la proposta di un approccio partecipato, con una maggiore propensione a cogliere i potenziali vantaggi degli strumenti che loro stessi hanno co-costruito e che entreranno a far parte della nuova prassi professionale nella gestione integrata dei casi di tutela minori. Una spiegazione rispetto a questo diverso approccio, elaborata a seguito della conoscenza diretta di questi professionisti attraverso le interviste in profondità, sembra risiedere nel fatto che la responsabilità istituzionale nei confronti dei compiti di tutela dei minori è attualmente in capo al Comune, la funzione di case manager è rivestita dalla figura dell'assistente sociale. Questo aspetto, unitamente all'aumento del carico di lavoro, sta alimentando negli assistenti sociali sentimenti di impotenza e il rischio di cadere in burnout. Per questo motivi, quindi, si può supporre che essi siano più propensi ad individuare una nuova strategia di collaborazione con l'ASL in grado di realizzare una presa in carico maggiormente integrata.

È comunque importante sottolineare che entrambe le Responsabili dei due enti, hanno colto il valore di questa esperienza formativa in termini di possibilità di confronto e di occasione per mettere a nudo pratiche professionali rimaste nel "dato per scontato" per diverso tempo.

Dalle interviste somministrate alle Responsabili si è colto un autentico investimento, in termini di crescita professionale e di miglioramento della qualità del servizio, nei confronti degli strumenti co-costruiti, ovvero la Scheda sulla Progettazione Individualizzata dei Casi e le Linee Guida, per i quali nel 2012 è iniziata la sperimentazione su tutti i casi nuovi. Le Responsabili sono quindi consapevoli che è necessario sostenere, in modo costante nel tempo, questo processo di cambiamento delle prassi operative, che ha avuto inizio e impulso attraverso l'esperienza formativa, in quanto si tratta, come ha affermato una di loro «*di farlo entrare nella consuetudine mentale degli operatori*», nonostante alcune resistenze che inizialmente si possono incontrare nell'utilizzo di questa nuova metodologia di lavoro sui casi.

Rispetto alla seconda ipotesi che ha sostenuto la presente analisi, ovvero il fatto che per realizzare un'efficace integrazione sociosanitaria nella presa in carico dei casi di tutela minori, sia necessario un contesto di chiarezza di compiti istituzionali e professionali e di corresponsabilità nei confronti dell'obiettivo perseguito, nel rispetto delle reciproche competenze e autonomie professionali, si può affermare che le interviste svolte hanno confermato questa idea.

In particolare, per quanto riguarda il punto di vista dei Responsabili dei due enti, si può affermare che essi, riconoscendo la situazione di crisi, di malessere diffuso, vissuto negli operatori dei due enti che, non incontrandosi a livello collettivo da molto tempo, hanno colto l'importanza di dedicare, anche a seguito del percorso formativo, un'attenzione specifica a questi momenti di supervisione e di coordinamento. Esse infatti hanno previsto di organizzare almeno due incontri annuali di

supervisione in cui tutti gli assistenti sociali e psicologi dell'Ambito 1 possano incontrarsi e rivedere le proprie modalità di agire professionale, scambiarsi opinioni, ritrovare e riconfermare un linguaggio comune. La formazione è stata vista come l'occasione per rilanciare un nuovo concetto d'integrazione, non solo basata sull'operatività delle singole équipe territoriali, ma anche a livello più ampio, tra ASL e Comune, favorendo in modo allargato momenti di dialogo e coordinamento. La discussione, avvenuta durante il corso, sulle criticità inerenti il rapporto tra gli operatori che si occupano di tutela minori e altri soggetti istituzionali, ad esempio il Tribunale o le comunità educative, ha permesso di esplicitare e quindi di rafforzare un concetto di integrazione che nell'ambito della tutela minori, deve necessariamente allargarsi ad altri soggetti (del privato sociale, del sanitario, dell'ambito giuridico, ecc), in quanto, come sostiene la Responsabile del servizio dell'ASL *«la complessità delle situazioni richiede sempre più di essere governata attraverso una pluralità di interlocutori e questo aspetto è stato alla base della costruzione dello strumento»*.

Un passo in avanti a seguito dell'esperienza formativa, in direzione di un consolidamento dell'integrazione sociosanitaria tra i due enti e tra questi e degli interlocutori esterni, può essere considerato il momento di incontro e confronto organizzato dal Responsabile del Servizio Tutela Minori del Comune con il nuovo Procuratore Capo della Procura presso il Tribunale per i Minorenni di Brescia per i propri assistenti sociali e a cui sono stati invitati anche gli psicologi ASL, oppure la programmazione da parte del Comune di altri momenti di confronto e di scambio di esperienze tra i due enti in merito al tema degli inserimenti di minori nelle comunità educative.

Anche secondo gli operatori, in particolare gli assistenti sociali, questa esperienza ha rappresentato l'inizio di un percorso volto ad un rafforzamento dei livelli di integrazione sociosanitaria nella tutela minori, infatti, l'aver ragionato insieme, tra assistenti sociali e psicologi, sui vari passaggi che solitamente si compiono nella progettazione dei casi e sistematizzarli attraverso uno strumento come la Scheda, in un certo senso "costringe" gli operatori a fermarsi e a dedicarsi uno spazio mentale per pensare insieme agli obiettivi, alle azioni, ai criteri di successo del progetto, ecc, e quindi a costruire un pensiero progettuale comune sul caso, che non corrisponde ad una divisione rigida di competenze e di "cose da fare", ma uno spazio in cui poter negoziare punti di vista sulla situazione, esplicitare che cosa si pensa e che cosa si vede per una determinata situazione e questo permette, come afferma Manoukian, di "risparmiare tempo nell'affrontare l'operatività, perché è più chiara e riconosciuta la lunghezza d'onda entro cui ci si raccorda"⁵², nonostante la fatica che questo processo comporta.

L'analisi condotta sul percorso di co-costruzione di nuovi strumenti per la gestione integrata del Servizio Tutela Minori del territorio bresciano, ha preso le mosse anche da un altro presupposto

⁵² F. O. Manoukian, *Re/immaginare il Lavoro Sociale. Appigli per una nuova progettualità*, in "I Geki" di "Animazione Sociale", Supplemento al n. 1/2005, Gruppo Abele, Torino, 2005, pag. 77.

di fondo, ossia la possibilità di creare, all'interno dei servizi per la tutela minori, delle "contaminazioni" tra teoria sulla progettazione e valutazione nel sociale e le prassi operative dei servizi. A tal proposito si è potuto osservare che da parte dei professionisti emerge un forte bisogno di sistematizzare ed esplicitare, secondo una logica dotata di rigore metodologico, i pensieri e le riflessioni che quotidianamente vengono fatte sui casi in carico e, in questo senso, il processo di co-costruzione della Scheda sulla progettazione individualizzata dei casi, accompagnata dalle Linee Guida, che fungono quasi da "libretto d'istruzioni", ha risposto ad un'esigenza di maggior chiarezza rispetto ai ruoli delle due diverse figure professionali e al significato che sta sotto ai vari passaggi che solitamente vengono seguiti nella progettazione sul caso.

Lo strumento che loro stessi hanno creato, e che i ricercatori hanno tradotto in una forma che rispondesse a dei criteri di logicità, specialmente negli assistenti sociali, sembra aver favorito una ri-motivazione al proprio lavoro. Come ha affermato la ricercatrice/formatrice intervistata, si trattava di un gruppo di professionisti un po' in crisi rispetto al proprio rapporto con l'ente di appartenenza oltre che nel confronto con l'altra istituzione, per una situazione di aumento dei carichi di lavoro e probabilmente per una situazione di scarsa comunicazione tra enti in merito alle rispettive competenze sulla tutela minori. Dalle interviste è emerso, da parte degli operatori, proprio un bisogno di fermarsi, ritrovare un linguaggio comune, che negli anni si era un po' perso e ridiscutere insieme sul senso delle azioni, delle prassi operative da mettere in atto quando si deve realizzare un progetto d'intervento. La dr.ssa Guidetti infatti afferma: *«Il maggiore apprendimento che è rimasto, dal mio punto di vista, è stato il dare struttura ed esplicitare bene le pratiche di intervento che vengono realizzate, al di là dello strumento specifico e delle linee guida. Credo che principalmente sia servito a dargli l'idea che un confronto tra di loro, un confronto stabile e una riflessione continua rispetto al come si interviene possa essere utile per dare un inquadramento maggiore e quindi una maggiore oggettività a quello che si fa, ovvero che l'intervento del singolo professionista, assistente sociale o psicologo, nelle loro diverse funzioni siano sempre connesse a un metodo utilizzato dall'ente nella sua interezza».*

In questo strumento gli assistenti sociali intervistati hanno potuto ri-trovare e ri-vedere il proprio lavoro in tutta la sua complessità, quasi come osservatori esterni, scomposto in singole fasi che loro stessi sono riusciti ad esplicitare e ha permesso di darsi una nuova organizzazione del lavoro che salvaguardi comunque la specificità delle appartenenze professionali. Un assistente sociale a questo proposito ha affermato: *«Questo nuovo strumento ci aiuta a definire meglio e dare più valore al ruolo di ciascuno, l'esplicitare alcune scelte aiuta a non trovarsi davanti a qualcosa che non si sa a cosa sia dovuto, serve per dare maggiore sostanza al nostro lavoro, diventa una traccia per il nostro lavoro».*

Un esito positivo, riconosciuto anche dalla maggior parte degli intervistati, rispetto alla “contaminazione” tra teoria sulla progettazione e la concretezza delle prassi operative utilizzate, riguarda le ricadute esterne dell’utilizzo di uno strumento specifico di progettazione congiunta sui casi. Saper utilizzare uno strumento in grado di codificare il lavoro svolto dal servizio, permette di comunicare con maggiore chiarezza ai soggetti esterni, quali il Tribunale, il proprio ente di appartenenza, il livello politico, ecc, tutti i passaggi che si stanno facendo con l’utente, incrementando quindi anche la “forza contrattuale” nei confronti degli altri interlocutori, quando si devono motivare delle scelte e delle decisioni.

Dall’analisi svolta è emerso anche che introdurre all’interno di un’organizzazione delle nuove metodologie di lavoro professionale non è certamente un passaggio automatico e indolore. La scarsa abitudine a confrontarsi con strumenti che “costringono” a dedicarsi uno spazio fisico e mentale di pensiero sul caso può infatti far percepire questa tipologia di strumenti come una “fatica in più”, nonostante tutti i partecipanti abbiano apprezzato e saputo capitalizzare l’esperienza del confronto vissuta durante il corso e l’importanza del “dirsi come si lavora”, esigenza nata anche dagli operatori stessi.

Dal confronto con la ricercatrice/formatrice IRS si è potuto cogliere che per far entrare a regime nuovi strumenti professionali, come la Scheda e le Linee Guida, in grado di accompagnare la progettazione e valutazione sui casi, è sempre necessario che il processo di cambiamento sia spinto sia dall’alto, come in questo caso stanno facendo i Responsabili dei due enti che credono fermamente nella validità di questo nuovo modo di lavorare nella tutela minori, ma anche dal basso, ovvero dagli stessi operatori che sperimentando e “allenandosi” con costanza nell’utilizzo di questi strumenti operativi potranno migliorare la qualità dei propri interventi, garantire una memoria comune all’interno del servizio e valorizzare anche all’esterno il prodotto del proprio lavoro

Conclusioni

In queste ultime pagine vorrei ripercorrere questa esperienza di ricerca ripensando agli intenti che hanno guidato il mio lavoro, per coglierne i principali apprendimenti, affinché possano rappresentare una valida strada da percorrere per re-immaginare i processi di progettazione nell'ambito dei Servizi per la Tutela Minori.

L'analisi dell'esperienza di co-costruzione di strumenti professionali per la gestione del Servizio Tutela Minori dell'ASL di Brescia e dell'Ambito n°1 del Comune di Brescia, rivolta agli assistenti sociali e psicologi e condotta dai ricercatori/formatori dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano, ha rappresentato la fase cruciale di questo lavoro in quanto ha permesso di verificare sul campo l'impatto nei servizi e negli operatori, di una modalità di lavoro in un'ottica progettuale, che nella gestione dei casi di minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, si è ipotizzato possa rappresentare una valida modalità operativa per favorire l'integrazione tra i due enti, ASL e Comune, e per affrontare la complessità e le responsabilità che questo ramo del lavoro sociale comporta.

Il punto di partenza di questa nuova modalità di collaborazione tra le due istituzioni, è stata la stesura del Protocollo d'intesa tra ASL e Comune per la gestione del Servizio Tutela Minori, in cui, in sintonia con la normativa nazionale (legge 328/2000) e regionale (legge 3/2008), si sancisce la necessità di realizzare "interventi sociali e sociosanitari integrati in tutte le fasi del progetto individualizzato d'intervento". La richiesta di consulenza esterna, da parte dei Responsabili dei servizi dei due enti, per favorire l'implementazione del Protocollo, sottolinea la valenza di questo atto formale nel processo di ridefinizione delle competenze istituzionali nell'ambito della Tutela Minori, anche se, come si è potuto evidenziare attraverso le interviste somministrate ai diversi soggetti che hanno partecipato al percorso formativo, il Protocollo, da solo, non può essere sufficiente per generare dei cambiamenti nelle modalità operative delle culture organizzative e professionali dei servizi.

Il percorso formativo rivolto alle due figure professionali che, nella presa in carico dei casi di minori soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, all'interno dei servizi bresciani lavorano in équipe integrate, è stato impostato utilizzando una metodologia partecipata, ritenuta la più efficace per rispondere agli obiettivi generali della richiesta formativa proveniente dagli enti, che, come indicato nelle Linee Guida¹ prodotte erano:

¹ Cfr. Allegato n. 3.

- la riesplorazione di metodologie condivise tra assistenti sociali e psicologi, finalizzate alla costruzione di strumenti professionali comuni per realizzare dei progetti individualizzati d'intervento dotati di rigore metodologico e di verificabilità rispetto agli esiti prodotti.
- L'esame e la rielaborazione delle procedure d'intervento in sintonia con il Protocollo d'Intesa.

Rispetto al raggiungimento di questi obiettivi, si può affermare che l'esito dell'esperienza formativa è stato positivo, in quanto sono stati messi a punto, dagli stessi partecipanti, due nuovi strumenti: la Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi e le Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori, in applicazione di quanto previsto dall'atto formale d'intesa tra ASL e Comune.

La prima considerazione che si ritiene utile fare rispetto all'applicazione della metodologia partecipata all'interno del gruppo di professionisti, riguarda il rischio e l'illusione, insite in questo metodo di lavoro e spesso presente quando, a livello interistituzionale, gli operatori sono chiamati a lavorare insieme su un obiettivo comune: come sottolinea De Ambrogio², “non basta mettere i soggetti attorno ad un tavolo perché si produca un lavoro realmente partecipato”.

L'elemento che sembra aver favorito una reale partecipazione e coinvolgimento degli attori del percorso in esame, è la motivazione al cambiamento e la disponibilità, come atteggiamento mentale, a mettere in discussione il proprio modo di lavorare al fine di migliorarlo. Gli operatori che più sentivano questa esigenza di confronto, dialogo e desiderio di cambiamento, anche rivedendo le prassi consolidate del proprio modo di lavorare, sono stati quelli che hanno creduto di più nelle potenzialità degli strumenti elaborati e che hanno sostenuto e incoraggiato anche altri colleghi nella sperimentazione e nella messa in opera di tali strumenti di lavoro.

La scelta dei ricercatori di agganciare gli schemi teorici, relativi alla progettazione e valutazione nel sociale, con il sapere professionale degli operatori derivante dai casi che loro stessi hanno portato durante la formazione e sui quali hanno potuto iniziare una sperimentazione dello strumento della Scheda per la Progettazione Individualizzata dei Casi che hanno co-costruito, ha favorito, inoltre, un processo di “riflessione nel corso dell'azione”, che secondo il concetto di “professionista riflessivo” elaborato da Schön³, permette di valorizzare i saperi maturati sul campo rendendoli maggiormente “fruibili” durante la progettazione degli interventi, in quanto permettono di dar vita a nuovi apprendimenti. Il valore aggiunto che tutti i professionisti, compresi i loro Responsabili, hanno riconosciuto in questa esperienza di co-costruzione di nuove modalità di lavoro nell'ambito della Tutela Minori, non è stato solamente quello di riconoscersi come “professionisti riflessivi”, ma anche, per usare un concetto enucleato da Fabbri⁴ e richiamato da Merlini⁵, come “comunità

² U. De Ambrogio, *La valutazione delle indagini sociali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2/2003, pag. 3.

³ D.A. Schön, *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1993.

⁴ L. Fabbri, *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo*, Carocci, Roma, 2007.

riflessiva”, in grado di costruire conoscenze “secondo traiettorie individuate collegialmente”. Secondo i partecipanti infatti, al di là degli strumenti elaborati, il risultato più importante di questa esperienza è stato quello di poter disporre, dopo molto tempo, di uno spazio congiunto, tra ASL e Comune, di condivisione e confronto rispetto alle criticità vissute nel loro lavoro e all’interno delle organizzazioni di appartenenza, riesplorando a livello allargato e quindi non solo nelle singole équipe di lavoro, le prassi utilizzate nella quotidianità.

Dall’analisi e rielaborazione delle interviste condotte con gli operatori, i loro Responsabili e la ricercatrice, si è colto, in particolare dagli assistenti sociali, che la complessità e l’aumento del numero di situazioni che oggi arrivano ai servizi e quindi i rilevanti carichi di lavoro degli operatori, oltre che la scarsità e instabilità delle risorse che ormai connotano il sistema di offerta dei servizi, e non solo quelli bresciani, sono tutti elementi che spingono gli operatori ad assumere pratiche lavorative in cui vengono “dati per scontati” numerosi passaggi fondamentali della progettazione individualizzata dei casi (ad esempio l’individuazione degli indicatori in base ai quali definire il benessere o malessere di un minore, la definizione degli obiettivi del progetto, i criteri attraverso cui valutarne gli esiti ed eventualmente riprogettare, ecc). Gli operatori sembrano aver apprezzato lo strumento della Scheda in quanto, in un certo senso “costringe” i professionisti a fermarsi e ad esplicitare il pensiero progettuale che sostiene l’intero percorso di aiuto che si dovrà mettere in atto con un determinato minore e la sua famiglia, superando quindi la logica dell’urgenza che molte volte, nei servizi di tutela, tende a prevalere sulla dimensione della programmazione degli interventi secondo criteri metodologici appropriati.

Il contatto con i professionisti che hanno partecipato a questa esperienza formativa, mi ha permesso di visionare alcune Schede compilate sia durante la formazione che in tempi successivi, quando hanno iniziato a sperimentare questa nuova modalità di progettazione sui casi, tuttora in fase di “rodaggio”. Le potenzialità di questo strumento sono sembrate diverse: innanzitutto leggendo queste Schede si è potuto cogliere, rispetto alla tradizionale documentazione di servizio contenuta nella cartella sociale (relazioni scritte Tribunale, relazioni di altri servizi specialistici, diaria dei colloqui, ecc), una maggiore rappresentazione ed esplicitazione della multidimensionalità della situazione del minore e della sua famiglia, con una logicità e un maggiore grado di coerenza tra i vari passaggi che compongono il progetto. Provando ad immedesimarmi nei panni di un operatore che dovesse subentrare nella presa in carico del caso, è sembrato abbastanza immediato cogliere il pensiero progettuale che faceva da “filo conduttore” del progetto nella sua globalità e questo elemento credo che sia fondamentale per la tracciabilità delle azioni messe in campo dagli assistenti sociali e psicologi anche in funzione di passaggi di consegne, cambi di operatori, ecc.

⁵ F. Merlini, La formazione continua per gli assistenti sociali, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 3/2011, pag.5.

Il percorso formativo di co-costruzione di nuove modalità di gestione della Tutela Minori aveva inoltre, tra gli obiettivi dichiarati dai Responsabili delle due istituzioni coinvolte, di definire con una certa chiarezza la divisione dei compiti tra ASL e Comune, nel processo di progettazione che si intraprende nel momento in cui arriva una richiesta di indagine sociale o un decreto da parte della Magistratura.

Gli spunti di riflessione offerti dal confronto con gli operatori e dall'analisi dello strumento della Scheda, hanno messo in evidenza come progettare in un ambito in cui le situazioni sono caratterizzate da una multiproblematicità siano spesso angoscianti e intricate. Il limitarsi a siglare accordi che fissano procedure non tiene conto della specificità e complessità della realtà sociale e personale sulla quale si dovrà intervenire, è in questo quadro un requisito importante ma non sufficiente per migliorare il servizio e supportare gli operatori che vi lavorano.

L'idea di integrazione che sembra rispondere ad un'esigenza di riqualificazione del lavoro di tutela è invece quella di una progettualità integrata a livello sociosanitario e tra culture professionali. Il percorso di co-costruzione di nuovi strumenti di progettazione sui casi di minori con provvedimento si è rivelato una modalità di attuazione di tale idea, essendosi fondato su quella che Manoukian definisce un' "organizzazione temporanea"⁶ dove assistente sociale e psicologo, incaricati nella presa in carico del caso, "assumono dei ruoli in funzione dei problemi e degli obiettivi e non tenendo conto soltanto delle competenze istituzionali"⁷.

L'integrazione progettuale è quindi il risultato di un processo, in cui gli operatori sono stati in grado di riflettere e confrontarsi sulla situazione problematica, esplicitando elementi impliciti ritenuti erroneamente come "dati per scontati" che spesso contraddittori, guidano inconsapevolmente gli operatori nelle loro decisioni.

Quando prevalgono tali aspetti impliciti si rischia così di far perdere di vista sia a sé stessi ma soprattutto ai destinatari del progetto, gli obiettivi da cui si era partiti e le motivazioni che hanno spinto a scegliere una strada piuttosto che un'altra. In questo senso quindi credo che lo strumento della Scheda di progettazione possa rappresentare una sorta di guida per ricomporre e rendere visibile, agli utenti, agli operatori stessi, alla propria organizzazione, il pensiero progettuale condiviso che sorregge gli interventi a tutela dei minori, offrendo anche degli elementi obiettivi in base ai quali valutarne gli esiti e proporre nuovi interventi e ri-progettazioni.

Un ultimo punto di riflessione su questo percorso riguarda l'importanza della supervisione e del coordinamento all'interno dei Servizi di Tutela Minori.

⁶ F. O. Manoukian, *Re/immaginare il Lavoro Sociale. Appigli per una nuova progettualità*, in "I Geki" di "Animazione Sociale", Supplemento al n. 1/2005, Gruppo Abele, Torino, 2005, pp. 75 – 78.

⁷ *Ivi*, pag. 77.

Dalla voce di tutti gli intervistati è emerso con forza il bisogno per le équipes, dopo le positive esperienze formative e di ricerca-azione, di continuare su questa strada e confrontarsi periodicamente a livello allargato, tra i due enti, per esempio sulle modalità di lavoro professionale, sui “malesseri” vissuti internamente alla propria organizzazione e nei rapporti con l'esterno. L'esperienza formativa svolta dall'IRS ha permesso quindi di evidenziare tale necessità, anche oltre gli obiettivi specifici della richiesta posta dalla committenza. La supervisione potrebbe permettere a queste équipes integrate, composte da assistenti sociali e psicologi, di prendere le distanze dalle prassi di lavoro, dal vissuto professionale quotidiano per “ri-vederlo” attraverso uno sguardo esterno in grado di restituirlo con un valore aggiunto, con nuovi spunti di riflessione e nuovi stimoli per l'azione professionale.

La supervisione a livello interistituzionale, si ritiene dunque possa salvaguardare i processi d'integrazione tra servizi sociali e sociosanitari e consentire una maggiore “manutenzione” di tali servizi, nell'ottica di mantenere alta la tensione progettuale e valutativa in una prospettiva di riflessione che è essenziale data la complessità e delicatezza dei servizi che si occupano di Tutela Minori.

ALLEGATI

Allegato n. 1: “Il Protocollo d’intesa tra ASL di Brescia e ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”

IL PROTOCOLLO D’INTESA TRA ASL DI BRESCIA E AMBITO N. 1 PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO TUTELA MINORI INTERESSATI DA PROVVEDIMENTI DELL’AUTORITÀ GIUDIZIARIA

Premessa

Premesso che, relativamente alle funzioni di prevenzione e tutela in materia di minori, la normativa nazionale e regionale vigente assegna la competenza:

- ai Comuni in materia di servizi e prestazioni sociali;
- all’ASL in materia di servizi e prestazioni socio-sanitarie e sanitarie

Visto il D.Lgs. 502/92 e la L. 328/2000.

Vista la legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambiente sociale e sociosanitario" e -in modo specifico gli articoli 13 "competenze dei comuni" e 14 "Competenze delle ASL", nonché l’art. 4 “Unità d’offerta sociali” comma 1 punti a), b) c) , d) e), h), i) e l’art.5 “Unità d’offerta socio-sanitarie” comma 1 punti a) e b);

Viste le delibere del C.C. del Comune di Brescia n. 51 del 30/3/2009 e del C.C. del Comune di Collebeato n. 18 del 30/3/2009 di approvazione del Piano Sociale di Zona per il triennio 2009-2011, che prevede la gestione associata del servizio di tutela minori ;

Tutto ciò premesso tra i Comuni del Distretto n. 1 di Brescia e l’ASL di Brescia si concorda l’adozione del seguente Protocollo per la gestione del servizio tutela dei minori interessati da provvedimenti dell’autorità giudiziaria.

Finalità del Protocollo

Assicurare la collaborazione tra il Comune di Brescia, ente capofila, e l’ASL – DGD 1, nell’ambito delle rispettive competenze attribuite dalla legislazione vigente, al fine di garantire la tutela dei minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria con interventi sociali e socio sanitari integrati in tutte le fasi del progetto individualizzato di intervento.

Destinatari

Destinatari degli interventi sono i minori che vivono in una condizione di trascuratezza o patologia delle cure, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico o abuso emozionale, abuso sessuale, violenza assistita e le loro famiglie, interessati da provvedimenti della Magistratura nell’area civile, penale, amministrativa, comprese le richieste di indagine psicosociale, preliminari all’assunzione di eventuali provvedimenti.

Obiettivo

Obiettivo dell’intervento in questo settore è la definizione e la realizzazione di un progetto individualizzato di intervento che favorisca la tutela del minore e il superamento degli elementi di pregiudizio esistenti, mediante la costruzione di percorsi di cambiamento per la famiglia, al fine della riappropriazione di una funzione genitoriale adeguata; oppure, ove ciò non sia possibile, la tutela del minore da realizzarsi attraverso interventi sostitutivi della famiglia di origine.

Fasi dell'intervento e responsabilità istituzionali

Si tratta di un settore ad alta complessità, nel quale si evidenzia la necessità di una presa in carico istituzionale declinata attraverso fasi operative strettamente interconnesse (rilevazione, valutazione diagnostica e prognostica, protezione e cura) e la messa in rete di risorse multiprofessionali complementari.

In questo scenario complesso, i ruoli dei soggetti istituzionali si sviluppano prioritariamente in alcune fasi precise dell'intervento:

- **Ruolo del Comune:** ha un ruolo significativo in tutte le fasi, ma prioritariamente nella *prevenzione*, nella *rilevazione*, nella *protezione* e nella *riparazione* intesa come reinserimento sociale, come riconquista di condizioni di vita normale e integrazione nella comunità locale.
- **Ruolo dell'ASL:** ha un ruolo significativo soprattutto in due fasi, quella *diagnostica* e quella di *cura*, sia del minore che dei genitori.

Metodologia operativa

Gli operatori dei due Enti definiscono un progetto individualizzato d'intervento sulla situazione, dopo l'assegnazione formale del caso da parte dei rispettivi Enti, e ricevuta tutta la documentazione necessaria, ove esistente.

Gli operatori dei due Enti definiscono altresì tempi e modalità per il passaggio delle informazioni e della documentazione, ritenuti necessari alla gestione complessiva del caso.

Il Progetto Individualizzato d'Intervento deve prevedere:

- Analisi della situazione di partenza
- Definizione di obiettivi- risultati attesi, coerenti con la situazione e con il mandato della magistratura
- Individuazione delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi;
- Definizione dei tempi di massima di realizzazione delle singole azioni
- Risorse concretamente disponibili per il raggiungimento degli obiettivi previsti.
- La calendarizzazione degli incontri di verifica, tenendo conto dell'andamento del progetto individualizzato (per i casi dove è previsto esclusivamente il monitoraggio e la vigilanza della situazione, senza scadenza prefissata dal tribunale, sarà organizzato almeno un incontro annuale di verifica tra gli operatori).

La realizzazione del progetto individualizzato presuppone il concetto di :

- presa in carico integrata e corresponsabilità nei confronti dell'obiettivo, nel rispetto delle reciproche competenze istituzionali e dell'autonomia e della responsabilità professionale;
- integrazione di risorse;
- predisposizione di criteri e strumenti condivisi di verifica e rivalutazione nel tempo, nel rispetto del mandato della magistratura;
- il coinvolgimento del minore e della sua famiglia nella costruzione del progetto, nella programmazione degli interventi e nella verifica degli obiettivi raggiunti;
- l'individuazione di un referente del caso.

Il **referente del caso (case manager)** viene individuato nell'ambito dell'equipe operativa, assistente sociale e psicologo in base alla prevalenza nella situazione della dimensione sociale o sociosanitaria/ sanitaria del bisogno.

Di norma verrà indicato quale referente del progetto l'assistente sociale. In caso di prevalenza degli interventi sanitari il referente del progetto sarà lo psicologo.

E' prevista anche la possibilità di cambiamento del referente nella varie fasi del percorso assistenziale.

Il referente del progetto è individuato al fine di garantire il coordinamento delle professionalità e delle risorse presenti nel progetto individualizzato e la regia del processo d'intervento.

Compiti del referente del progetto:

1. facilita e garantisce la circolarità delle informazioni fra tutti i soggetti coinvolti nel progetto individualizzato;
2. tutela il raggiungimento degli obiettivi ed il rispetto dei tempi previsti;
3. promuove gli incontri di verifica concordati nel progetto coinvolgendo tutti i soggetti interessati;
4. promuove incontri di ridefinizione degli elementi del progetto , su richiesta dell'operatore che si trova nella condizione di non poter svolgere le azioni previste.

Il Monitoraggio e Valutazione del Progetto

Il monitoraggio del progetto è il controllo periodico per verificare l'andamento del progetto individualizzato d'intervento.

Può portare a:

- confermare il progetto;
- re –indirizzare il progetto;
- immettere nuove risorse;
- chiudere il progetto.

La valutazione del progetto analizza il cambiamento e la stabilità del cambiamento rispetto alla situazione di partenza tenendo sempre presente gli obiettivi previsti.

Rapporti interistituzionali

I rapporti interistituzionali sono affidati al Responsabile U.O.I. Materno Infantile dell'ASL e Responsabile del Servizio Minori dell'Ente Capofila Comune di Brescia che mantengono stretti contatti tra di loro al fine di garantire l'organizzazione ed il funzionamento delle attività reciproche.

Nel caso di mancata condivisione e di accordo sul progetto individualizzato da attuare da parte dei due professionisti (A.S. e psicologo) i 2 responsabili del Comune e dell'ASL promuovono un incontro con gli operatori che hanno in carico la situazione per definire gli sviluppi progettuali.

Sarà cura degli Enti coinvolti programmare **percorsi formativi** e di supervisione, anche integrati, rivolti agli operatori impegnati sul servizio e prevedere momenti di consulenza legale.

Durata del Protocollo d'Intesa

Il presente Protocollo è valido dalla data di sottoscrizione al 31.12.2012.

La metodologia operativa proposta viene attivata in modo sperimentale nel primo anno su tutti i casi nuovi, sulle situazioni di affido familiare, sui progetti di collocamento in comunità educativa nonché sulle situazioni particolarmente complesse (che vedono presenti più interventi e servizi).

Dal secondo anno sarà applicata su tutti i casi in carico, ad esclusione delle situazioni in cui l'A.G. ha previsto il monitoraggio e la vigilanza.

Verifica dell'applicabilità del Protocollo d'Intesa

Ai fini della verifica dell'applicabilità del protocollo saranno monitorati, nel primo anno, i seguenti elementi:

- numero dei progetti individualizzati definiti sui nuovi casi;
- numero dei progetti individualizzati definiti sui minori in affidamento;
- numero dei progetti individualizzati definiti in CAM;
- numero dei progetti individualizzati definiti sui casi complessi (che vedono presenti più interventi e servizi).

Nel secondo e terzo anno saranno monitorati i seguenti elementi:

- il numero dei progetti individualizzati definiti sui casi in carico (tutti);
- il numero dei monitoraggi effettuati sui singoli progetti individualizzati con particolare riferimento all'indicazione di quanti sono stati confermati, quanti sono stati re-indirizzati, su quanti sono state immesse nuove risorse e quanti chiusi.

La Valutazione dell'Applicabilità del Protocollo e dell'Integrazione Professionale avverrà attraverso un incontro almeno annuale con tutti gli operatori coinvolti.

Allegato. Procedure operative

Ricevuto il decreto da parte del Comune Capofila, lo stesso viene inviato all'assistente sociale di riferimento e al coordinatore socio sanitario del Distretto N.1 dell'ASL per l'individuazione dello psicologo.

Entro una settimana dalla spedizione del decreto, il coordinatore socio sanitario dovrà comunicare il nominativo dello psicologo referente al responsabile del servizio minori del Comune capofila.

I due enti indicheranno l'ufficio amministrativo competente per l'individuazione degli operatori cui è assegnato il caso, nonché tempi e modalità per il passaggio delle informazioni e della documentazione ritenute necessarie alla gestione complessiva del caso.

Gli incontri previsti tra l'assistente sociale e lo psicologo ed eventuali colloqui congiunti con gli utenti potranno essere effettuati alternativamente nelle sedi comunali o nelle sedi ASL con attenzione alle esigenze degli utenti ed alla riduzione dei tempi per gli spostamenti.

Si ribadisce in ogni caso che i vari interventi potranno essere svolti anche presso sedi diverse (es. strutture scolastiche, comunità, domicilio, ecc.) in base alla valutazione di necessità o opportunità particolari dell'utenza e/o del progetto di lavoro.

La trasmissione delle relazioni alla Magistratura, le cui conclusioni vanno condivise e riportate da entrambi, avverrà a cura dei due Enti nell'ambito delle rispettive competenze. Sarà cura degli stessi trasmettersi reciprocamente le relazioni inviate alla magistratura e gli altri atti collegati alla situazione.

Gli atti formali sul caso saranno conservati sia dall'Ente capofila che dall'ASL in apposito archivio. La chiusura e l'archiviazione del caso avviene solo su recessione del mandato da parte dell'Autorità Giudiziaria, o per trasferimento del nucleo d'origine, o per raggiungimento della maggiore età dei minori seguiti.

Inoltre si considerano chiusi le situazioni per le quali, a distanza di un anno dall'invio della relazione all'A.G. ed in assenza di nuovi dati di preoccupazione sul caso, non è seguito provvedimento.

Allegato n. 2: “La Scheda per la progettazione individualizzata dei casi”

INFORMAZIONI GENERALI

Da compilarsi all’inizio della fase di indagine

Nome/i _____ _____
Cognome _____

1.1 Quale domanda hai ricevuto?

Da dove viene la domanda?

Tribunale Minori di Brescia	<input type="checkbox"/>
Altro: specificare:	<input type="checkbox"/>

Che cosa chiede?

Richiesta di indagine psicosociale	<input type="checkbox"/>
Decreto con incarico ai servizi	<input type="checkbox"/>
Altro: specificare	<input type="checkbox"/>

1.2 Quali informazioni hai avuto inizialmente sul minore e sul nucleo?

<i>So da dove arriva la segnalazione</i> Commento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>Ho delle informazioni riguardo alla sua storia o a quella della sua famiglia:</i> Commento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

<i>È stato/a già preso/a in carico dal servizio tutela:</i> Commento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<i>Il minore o il nucleo è stato o è in carico a altri servizi specialistici:</i> Commento	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

1.3 Hai raccolto (o stai raccogliendo) altre informazioni?

Quali soggetti hai contattato per raccogliere le informazioni?

Scuola	<input type="checkbox"/>	Altri famigliari	<input type="checkbox"/>
Medico/pediatra	<input type="checkbox"/>	Altri soggetti	<input type="checkbox"/>
Operatori di servizi Specificare quali:	<input type="checkbox"/>	Specificare quali:	

E' stata fornita documentazione scritta?

Sì (specificare quale)	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>
Commento	

1.4 Quali soggetti hai deciso di contattare?

La prima ipotesi riguardo ai soggetti da convocare è:

	Ass. Sociale	Psicologo	Equipe
Minore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitori e minore insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitori (insieme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri famigliari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operatori dei servizi (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medico pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri soggetti (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Come è andata?

Sono riuscito a contattarli tutti	<input type="checkbox"/>
Sono riuscito a incontrarli tutti	<input type="checkbox"/>
Sono riuscito a incontrarne solo alcuni: (specificare).....	<input type="checkbox"/>
Non sono riuscito a incontrare nessuno	<input type="checkbox"/>

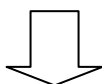
Se non sei riuscito a incontrare alcuni dei soggetti convocati, perché?

I PROBLEMI E LE RISORSE

Da compilarsi al termine della fase di indagine

2.1 La descrizione del problema

In sintesi, qual è il problema?



Il problema e le risorse disponibili

Indicatori Aree	Fattori di rischio / segni di malessere - maltrattamento	Fattori di protezione/segni di benessere
<i>Contesto sociale e ambientale</i>		
<i>Come stanno il bambino o i bambini?</i>		
<i>Rapporti genitori/figli nonni</i>		
<i>Storia dei genitori/coppia</i>		
<i>Relazioni del nucleo con i servizi</i>		

2.2 Le risorse di rete

Quali sono gli altri servizi specialistici che intervengono?

Servizio	Con un compito/ruolo di....

2.3 Questa analisi è condivisa...

	Per niente	Poco	Abbastanza	Completamente
Con il minore				
Con la famiglia				
Con l'equipe				
Con gli operatori dei servizi specialistici				

Se con qualche attore è poco o per nulla condivisa, o se manca il riconoscimento del problema, come si può aumentare il grado di condivisione?

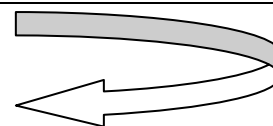
LA DEFINIZIONE DELLA POSSIBILE STRATEGIA DI INTERVENTO

Da compilarsi al termine della fase di indagine

3.1 La strategia di intervento

Il cambiamento AUSPICATO	Il cambiamento POSSIBILE

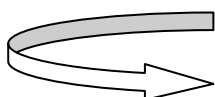
Qual è la strategia praticabile che è possibile suggerire al tribunale?



LA DEFINIZIONE DEL PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Da compilarsi dopo l'arrivo del Decreto del Tribunale

4.1 Il mandato del tribunale è



la strategia possibile che l'equipe perseguirà per questo caso è:

4.2 Obiettivi, azioni e attori

<i>Obiettivi</i>	<i>Attività/azioni</i>	<i>Attori</i>	<i>Risorse EFFETTIVE DISPONIBILI</i>	<i>Tempi DI RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</i>
1.				
2.				
3.				
4.				

IL DISEGNO DI VALUTAZIONE DEL PROGETTO

Da compilarsi dopo l'arrivo del Decreto del Tribunale

5.1 In riferimento al PROGETTO l'intervento avrà successo se....

Finalità (strategia)	Criteri	Indicatori	Fonte informativa	Quando sarà realizzata la rilevazione?

6. Come è andato il progetto di intervento:

- Ha avuto gli esiti previsti?
- Se no, perché ?
- E' necessaria una ri-progettazione?
- Nel caso si compilerà nuovamente i punti 4.1 e 4.2; 5.1

Allegato n. 3: “Le Linee Guida per la gestione del Servizio Tutela Minori interessati da Provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria”.



Percorso formativo per referenti Asl e Comunali per la Tutela minori dell’Ambito n.1

LE LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO TUTELA MINORI INTERESSATI DA PROVVEDIMENTI DELL’AUTORITA’ GIUDIZIARIA

Novembre 2010

PREMESSA

Nel periodo giugno novembre 2010 Irs ha condotto un corso formativo nato dall’esigenza condivisa di Asl e Ambito, per favorire la implementazione del “*protocollo di Intesa tra l’Asl di Brescia e l’Ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell’autorità giudiziaria*”.

In questa direzione il corso ha perseguito i seguenti obiettivi:

- Riesplorare metodologie condivise e comuni ad assistenti sociali e psicologi finalizzate anche a identificare strumenti di progettazione congiunta (scheda di progettazione individualizzata)
- Esaminare e rielaborare le procedure di intervento in coerenza con il Protocollo di Intesa.

Dal punto di vista metodologico l’intervento formativo si è proposto come occasione di confronto e apprendimento finalizzato al miglioramento dei comportamenti professionali e, di conseguenza, degli interventi erogati; è stato pertanto un’occasione di riflessione e analisi che, partendo dalle situazioni professionali e dalle appartenenze organizzative, ha consentito apprendimenti per una efficace costruzione ed implementazione di nuove modalità di lavoro professionale.

Coerentemente con questi intendimenti durante le giornate formative si sono prodotte alcune proposte, suggerimenti e raccomandazioni che i partecipanti hanno condiviso e che sono riportate in questo documento come *Linee guida per la gestione de servizio tutela minori interessati dai provvedimenti dell’autorità giudiziaria*.¹

Tali linee guida si propongono in un ottica propositiva, come punti di attenzione che i professionisti e le loro organizzazioni si impegnano a mettere nel proprio lavoro, intendono pertanto essere una sorta di “bussola” nell’orientare procedure e comportamenti professionali e organizzativi.

In questa direzione si auspica che il documento sia riconosciuto come allegato al Protocollo di intesa, anche per rendere maggiormente evidente il lavoro di tutela minori e le sue caratteristiche di delicatezza e complessità.

Il documento è strutturato in 3 capitoli che descrivono altrettante fasi dell’intervento di tutela:

¹ Il percorso è stato svolto da Cecilia Guidetti e Ugo De Ambrogio all’interno dell’area “Progettazione e valutazione dei servizi sociali” dell’Irs.

- Raccolta delle informazioni, descrizione del caso, analisi del problema e delle risorse;
- Progettazione operativa e realizzazione dell'intervento;
- Valutazione degli esiti del progetto.

Per ciascun capitolo sono precisati punti di attenzione, suggerimenti, raccomandazioni indirizzate alle équipes e ai due enti coinvolti.

1. Raccolta delle informazioni, descrizione del caso, analisi del problema e delle risorse

In questa fase, dopo un primo contatto, si raccolgono dati ed opinioni utili a conoscere il caso e a definire i problemi ad esso connessi. Successivamente, sulla scorta delle informazioni rilevate, si analizza il caso identificandone le caratteristiche, i problemi connessi e le risorse disponibili.

Punti di attenzione e raccomandazioni per le équipes:

- E' importante promuovere e mantenere modalità di contatto con le scuole e le associazioni, pediatri o medici di medicina generale e altre figure significative. Infatti appoggiarsi alla rete consente di reperire tutte le informazioni necessarie ad una completa conoscenza del caso.
- E' opportuno che le informazioni raccolte siano dove possibile documentate per iscritto, anche presentando ai diversi soggetti coinvolti richieste formali. La comunicazione esclusivamente orale infatti può essere opinabile e smentita.
- La raccolta delle informazioni ed opinioni dei diversi soggetti coinvolti va fatta con attenzione a non condizionare gli interlocutori, è pertanto opportuno dedicare un tempo a far comprendere ai soggetti coinvolti l'importanza ed il valore delle loro opinioni in ordine al problema in esame.
- Oltre al problema è essenziale che siano considerate le risorse disponibili ed utilizzabili;
- E' importante, in fase ricognitiva, recuperare la storia sull'uso di altri servizi specialistici da parte del minore o dei suoi familiari: la chiara precisazione su quali informazioni è legittimo richiedere a quali servizi, può essere regolamentata anche attraverso protocolli specifici.
- Per casi già seguiti da altri servizi è opportuno prevedere incontri formali tra tutti gli operatori coinvolti;
- In caso di persone già seguite dal sistema di servizi sociali e sociosanitari è anche necessario prevedere forme di accompagnamento dell'utente nel passaggio e nel cambio di équipes; ciò anche per evitare il rischio che l'intervento del servizio tutela comporti deleghe dei casi da parte dei servizi specialistici; un confronto congiunto sui casi consente invece anche di prestare attenzione alla identificazione dei confini di competenze.

- Sul fronte dell'analisi del problema è importante che le conclusioni delle relazioni di Assistente sociale e psicologo siano concordate e coerenti;
- Ciò implica anche la esplicitazione e condivisione in equipe di criteri e parametri di valutazione (per es. rispetto ai fattori di rischio e di protezione);

Punti di attenzione e raccomandazioni per gli enti:

- Ulteriore elemento di attenzione riguarda il fatto che a volte il decreto del Tribunale Minori non contiene tutte le informazioni necessarie: può non essere precisato chi ha segnalato, possono non essere presenti notifiche e incarichi ad altri servizi che invece faciliterebbero il passaggio di informazioni; appare utile richiedere al Tribunale maggiore chiarezza in questa direzione.
- Appare inoltre utile che analisi di casi particolarmente complessi si possano condividere anche con le responsabili dei servizi tutela ed eventuali altri servizi coinvolti.

2. Progettazione operativa e realizzazione dell'intervento

E' la fase nella quale, data l'analisi del problema e delle risorse condivisa, si progetta l'intervento possibile per il caso, attraverso un piano individualizzato e successivamente si attua tale intervento

Punti di attenzione e raccomandazioni per le équipe:

- In fase progettuale è opportuno valutare attentamente il contesto e le risorse effettive disponibili, al fine di costruire progetti possibili ed evitare il rischio di costruire progetti “onnipotenti” e pertanto irrealizzabili;
- E' cruciale coinvolgere il più possibile la famiglia nella progettazione, questa è infatti una risorsa fondamentale per garantire l'efficacia del progetto di intervento;
- L'alleanza con la famiglia va ricercata attraverso una strategia di empowerment e di stimolo della consapevolezza dei familiari, mantenendo allo stesso tempo il dovuto rispetto delle prescrizioni previste dal decreto del Tribunale;
- E' importante coinvolgere, dove possibile, anche altre figure nel monitoraggio sulla evoluzione del benessere del minore (per esempio l'educatore quando è coinvolto in specifici interventi con il minore).

Punti di attenzione e raccomandazioni per gli enti:

- E' importante che la progettazione di casi complessi, per essere consapevole ed attenta, sia gestita dall'équipe in accordo con i responsabili del servizio per consentire di non farsi risucchiare da emergenze dell'utenza;
- Le organizzazioni di appartenenza degli operatori dell'équipe (Comune e Asl), nelle figure dei responsabili di servizio, vanno coinvolte e sensibilizzate, perché il sostegno delle organizzazioni di appartenenza può consentire all'équipe di superare eventuali impasse e di attuare le azioni utili e dovute;
- In questa direzione è importante anche che la collaborazione fra Asl e Comune che si è instaurata con la redazione del protocollo di intesa, si consolidi nella direzione del coordinamento stabile delle equipe di tutela minori ;
- Nel caso in cui il caso in esame sia molto critico, è necessario prevedere e riconoscere uno spazio di supervisione per gli operatori coinvolti;
- Appare anche utile ed opportuno promuovere un rapporto più fluido con l'autorità giudiziaria e di maggiore puntualità e presenza del Tribunale Minorile, anche attraverso la definizione di specifici momenti di confronto e scambio, nel corso dell' intervento. In mancanza di tali momenti viene infatti meno la progettualità e si rischia di trovarsi esclusivamente a rispondere ad emergenze che il caso richiede, perdendo il controllo sul progetto complessivo e rischiando di smarrire le prospettive di miglioramento della condizione del minore .

3. Valutazione degli esiti del progetto

E' la fase finale dell'intervento di tutela minori, quella nella quale, sulla base di specifici criteri ed indicatori, si registrano i risultati conseguiti dall'intervento previsto dal progetto individuale e si definiscono le future piste di lavoro.

Punti di attenzione e raccomandazioni per le équipe:

- E' opportuno che fin dalla fase progettuale siano esplicitati e condivisi le dimensioni valutative, i criteri e gli indicatori sulla base dei quali si valuteranno i risultati e gli impatti che l'intervento previsto dal progetto individuale ha consentito di raggiungere;
- E' necessario che durante l'intervento (in itinere) e giunta alla sua conclusione si prevedano specifici momenti di équipe dedicati alla valutazione degli esiti, esaminando i risultati raggiunti e identificando punti di forza e criticità degli interventi realizzati;
- E' cruciale che la valutazione avvenga per più livelli di analisi, distinguendo gli esiti per il minore e per la sua famiglia;

Punti di attenzione e raccomandazioni per gli enti:

- E' utile inoltre prevedere, sulla scorta delle valutazioni sui casi, anche specifici momenti di valutazione dell'efficacia del servizio tutela minori, che tengano conto dei diversi risultati ottenuti sui singoli casi.

Allegato n. 4: “Intervista alla Responsabile del Servizio Minori del Comune di Brescia”.

LEGENDA:

I = intervistatore

R = Responsabile Servizio
Tutela Minori del Comune

1. Il Protocollo d'intesa tra ASL di Brescia e l'Ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, in quale contesto/cultura organizzativo/a si inserisce?

R: Per quanto riguarda il contesto organizzativo dal 01.01.2003, formalmente, c'è stato un passaggio di competenze a seguito dell'approvazione della legge 328/2000, dall'ASL sono ripassate ai Comuni le competenze sociali in materia di tutela minori prima gestite tutte dall'ASL. Questo servizio si è inserito comunque in un'organizzazione di servizio sociale, presente sui minori nel territorio della città, che abbiamo definito di “Prevenzione e Promozione”, da qui quindi poi si è innestato anche il discorso sulla tutela e quindi la gestione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria. A questo punto spenderei due parole sul Servizio di Prevenzione e Promozione (*n. 10 assistenti sociali*) che considero il più storico dei nostri servizi, che ha l'obiettivo di fare di tutto per evitare il ricorso all'Autorità Giudiziaria, mi riferisco in particolare a quelle famiglie che hanno tutta una serie di difficoltà, da quelle economiche, difficoltà sociali, isolamento, le madri sole con figli, che non hanno questa capacità di accedere direttamente ad altri servizi, come il consultorio, per richiedere un aiuto, per esempio psicologico, ma che vanno al servizio sociale per difficoltà, precarietà economica e dove abbiamo cercato di dare risposte plurime a tutta una serie di difficoltà delle mamme, dei papà e anche dei bambini in modo da prevenire il deteriorarsi delle relazioni. Quindi accanto all'assistente sociale, nel servizio di prevenzione, esiste uno psicologo, un educatore professionale, il mediatore culturale e anche l'ausilio della mediazione etnoclinica che permette quindi di approfondire alcune tematiche particolari, in considerazione del fatto che nel Servizio Prevenzione e Promozione il 70% circa dell'accesso è straniero, in quanto Brescia è storicamente una città con forte prevalenza di popolazione straniera. Nel territorio ovviamente ci sono anche una serie di altri servizi, Centri di Aggregazione Giovanili, Centri Diurni, abbiamo aiutato le parrocchie ad organizzare delle risposte per le famiglie dopo la scuola in modo che si potessero offrire dei validi riferimenti educativi, il Servizio Educativo Domiciliare.

Per quanto riguarda il protocollo, come dicevo, la tutela, dal 2003, quindi attraverso l'assistente sociale del comune, gestiamo i minori che hanno un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, circa 750 minori con provvedimento (su circa 200.000 abitanti del Comune di Brescia), per cui insieme all'ASL abbiamo detto “cerchiamo di dotarci di uno strumento”, e in questo abbiamo chiesto la collaborazione del dott. De Ambrogio e della Dr.ssa Guidetti, affinché la progettazione individualizzata possa essere un valido strumento, anche di confronto, tra operatori.

Il nostro Piano di Zona prevedeva alcuni protocolli che ci prefiggevamo, nel triennio di validità, di siglare con l'ASL e avevamo anche definito che più o meno tutti i protocolli dovessero contenere alcuni aspetti fissi. Il servizio di tutela minori ha un po' aperto la strada perché già avevamo un protocollo in corso, dovevamo rivederlo.

Gli assistenti sociali, quando arriva un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, lavorano a fianco di uno psicologo, quindi diventa necessario definire chi fa che cosa, in quali fasi, ecc.

Dal 2003 c'è stata quindi una fase di riorganizzazione del servizio: sono state assunte persone in mobilità dall'ASL, e che quindi sono passate al servizio comunale, ci siamo accordati sulle modalità gestionali. C'è stato un vero e proprio stravolgimento dovuto all'attuazione della 328/2000

2. Quali sono i fattori ambientali (l'evoluzione dei bisogni del territorio), le spinte normative e politiche che hanno fatto nascere nelle istituzioni l'esigenza di creare un protocollo in questo ambito?

R: E' stata essenzialmente un'esigenza tecnica quella di creare un protocollo in questo ambito, di chiarire meglio chi fa che cosa nell'ambito di un progetto.

La spinta normativa invece proviene dalla legge regionale n. 3/2008 che punta all'integrazione sociale e socio sanitaria molto forte, quindi fra Comuni e ASL, che ci ha fatto perfezionare i protocolli d'intesa che già c'erano ma che non erano così precisi come quello recentemente approvato, dotato anche di allegati. La legge 3/2008 pone al centro il progetto individualizzato nella presa in carico integrata delle situazioni complesse o che hanno bisogni sia sociali che sanitari come nel caso dei bambini con provvedimento della Magistratura. Inoltre c'era un'esigenza tecnica di cercare di capire le prestazioni che venivano erogate a favore dei minori. La legge 328/00 pone la titolarità della funzione di tutela in capo ai Comuni e quindi sono coloro che devono garantire che poi l'offerta su quella situazione sia coerente con quanto il Tribunale richiede (funzione di regia del Comune). Questo passaggio è stato abbastanza complesso: storie di lavoro, di persone che appartengono alla stessa struttura, che sono nella stessa sede e persone che invece appartengono al Comune, all'ASL, che hanno dei mandati, orari, sedi, differenti, operatori sociali (psicologi) che si muovono tutti nello stesso territorio, quindi più accentrati, in un'unica sede, mentre noi più decentrati, più vicini alle famiglie. Anche questa è stata una riorganizzazione dell'ASL, prima aveva anche lei dei distaccamenti territoriali, è stata fatta una ristrutturazione di una loro sede, un ex ospedale psichiatrico, che ha accorpato tutti gli psicologi in un'unica sede. Quindi c'è stata un'evoluzione anche culturale, si doveva iniziare ad interfacciarsi con un altro ente, quindi con la necessità di una ridefinizione, ma anche la modalità di confronto: gli assistenti sociali hanno cambiato partner, con tutto quello che questo significa in termini di relazioni anche umane oltre che professionali che si istaurano nel tempo, la parte anche più informale dei rapporti che poi incide molto anche sul lavoro, molti colleghi sono diventati comunali, rivendicazioni da parte di alcuni verso l'ASL, percezione che l'ASL abbia voluto "abbandonare" la parte sociale sulla tutela, sensazione di essere stati buttati fuori, "stanno smantellando i servizi", implicazioni quindi anche emotive di questo passaggio.

Dall'altra parte bisogna evidenziare come noi a volte vedevamo le prestazioni dell'ASL, come consulenziali, come professionisti di secondo livello centralizzato a cui poter chiedere una consulenza, non una vera e propria presa in carico integrata. Ecco perché il protocollo punterebbe a definire proprio chi fa che cosa.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei due servizi (Promozione e Prevenzione e Tutela Minori): nella città ci sono n. 5 circoscrizioni e in ognuna di queste c'è un assistente sociale che si occupa di tutela (12 assistenti sociali. in totale per la tutela di cui 2 coordinatrici centralizzate) e uno che si occupa di prevenzione promozione.

La maggior parte dei nuovi casi in un anno (circa un centinaio) la segnalazione era stata fatta dalle forze dell'ordine, servizi specialistici, neuropsichiatria, ser.t, in rari casi la scuola, sono invece molto pochi i casi (5/6 in un anno) in cui la segnalazione passa attraverso il servizio di prevenzione e promozione. Quando arriva il decreto per l'assegnazione del caso si valuta in base alla situazione, in quanto in certi casi in cui c'è stata una buona relazione tra gli operatori del servizio prevenzione promozione e la famiglia potrebbe essere incaricata l'assistente sociale di quel servizio per maggiore continuità, in altri invece viene affidato a quella del servizio tutela minori.

L'evoluzione bisogni del territorio ha riguardato essenzialmente questi aspetti: doppie appartenenze culturali, intese come ragazzini che non sono nati qua ma che arrivano all'età delle medie per esempio, con ricongiungimenti complicatissimi, in generale per tutte le culture, non solo quelle del nord Africa e del Pakistan, il problema più grande è che il padre non viene riconosciuto come autorità, il papà non conosce i figli o utilizza metodi correttivi molto forti, oppure si aggiunge alla complessità di dover gestire i figli e la moglie qua, mentre nel loro paese con quello che lui

mandava come soldi potevano fare una vita molto agiata, mentre qua fanno una fatica pazzesca, in più se c'è l'aggravante della perdita del lavoro, come sta avvenendo a causa della crisi, la situazione si complica maggiormente e vanno in crisi. Doppia appartenenza quindi perché questi ragazzi poi vogliono emanciparsi dal loro contesto di vita per adeguarsi allo stile di vita incontrato qua, il non riconoscimento dell'autorità all'interno del nucleo familiare fa spezzare degli equilibri familiari.

Ci sono inoltre situazioni border con la psichiatria, quindi ragazzini adolescenti molto complessi che si patologizzano dalle dipendenze nuove, per esempio da internet, incapacità dei genitori di dare delle regole. Quindi per queste situazioni cioè un grosso investimento: assistente sociale, educatore, mediatore culturale, ecc.

Adolescenti femmine con problematiche psicologiche di vario genere, sia italiane che straniere. Sugli adolescenti stiamo cercando di avere nuovo pensiero progettuale rispetto ai servizi: abbiamo fatto nascere un centro di pronto intervento alternativo alla comunità alloggio, in considerazione del fatto che quando ad esempio un decreto chiede l'inserimento in comunità per adolescenti spesso si è rivelato fallimentare perché ad esempio scappano. Avevamo fatto nascere anche una comunità in collaborazione con il terzo settore potenziata dalle ragazze border ma non ha funzionato perché si è rivelato deleterio mettere insieme più patologie. Abbiamo fatto nascere un centro diurno che sta andando molto bene, con due educatori e che accoglie massimo 8 ragazzini che andiamo a prendere alla fine della scuola. Questi ragazzi provengono da situazioni di grande fragilità conosciute dal Servizio di Prevenzione e alcuni sono ragazzi con provvedimento che prevede l'inserimento in comunità educativa ma a cui noi rispondiamo al Tribunale proponendo, per alcuni casi, questa soluzione. Sono impegnati quindi dalla mattina (a scuola), fino alla sera alle 20.30, quando rientrano a casa. La scommessa più grande in questo servizio è quella di riuscire a coinvolgere i genitori attraverso momenti aggregativi, ad esempio cene, ecc.

3. Quali soggetti (Dirigenti, Responsabili di Servizio oppure psicologi, assistenti sociali, ecc) sono stati coinvolti nella creazione del Protocollo d'intesa e quale ruolo avrebbero ricoperto nella fase successiva di implementazione?

Il protocollo è stato definito in primo luogo dalla sottoscritta e dalla dr.ssa Pavan coordinatore socio sanitario dell'ASL, ed entrambi hanno coinvolto i propri dirigenti. Dal punto di vista del contenuto ci sono stati diversi incontri svolti più a livello tecnico per andare a disciplinare tutti questi contenuti.

Io ho fatto anche degli incontri di servizio per condividere anche con gli assistenti sociali, affinché potesse essere il più condiviso possibile e per poter raccogliere i loro dubbi e perplessità in modo da poterli meglio chiarire e la stessa cosa faceva la dr.ssa Pavan con gli psicologi dell'ASL.

Per quanto riguarda il percorso formativo il coinvolgimento ha riguardato tutti gli operatori: dal percorso formativo sono uscite le Linee Guida e la Scheda di Progettazione dei casi che sono diventati allegati al protocollo.

4. Nella costruzione del protocollo come hanno influito in termini di *learning* le buone prassi, le esperienze virtuose e le criticità, i punti deboli che hanno caratterizzato la gestione tradizionale (quindi precedente al protocollo) del servizio tutela minori del territorio bresciano?

R: Questo strumento (*il protocollo*) dovrebbe aiutare a definire meglio chi fa che cosa, rispetto al precedente protocollo d'intesa tra i due enti, ma nel rispetto delle reciproche competenze e nel riconoscimento reciproco del proprio bagaglio professionale: il modello precedente dell'ASL prevedeva che le due figure professionali facessero quasi tutto insieme, anche se poi avevano le loro reciproche competenze, non so dire se è stato un salto verso un miglioramento la separazione anche fisica, potrebbe essere anche un'opportunità dal punto di vista professionale come un riconoscimento di una maggiore autonomia, "ognuno può fare il suo pezzo". La tendenza è

comunque quella di cercare di fare le cose insieme tra assistente sociale e psicologo, specialmente in alcuni operatori, meno in quelli ad esempio che provenivano dall'ASL ora sono più orientati verso una maggiore autonomia. Questo protocollo ha quindi potuto meglio esplicitare chi fa che cosa nell'attività e ragionare sulle risorse, ci è sembrato proprio un riconoscimento della competenza specifica degli assistenti sociali e psicologi di leggere e codificare e fare un progetto di cui sono titolari nell'esecuzione entrambi, ognuno per la loro parte.

5. Con quali obiettivi e da quali esigenze è sorta la richiesta di consulenza formativa esterna nel processo di implementazione del Protocollo d'Intesa?

L'esigenza di rivolgersi a un formatore esterno perché c'era la consapevolezza che da soli non ce l'avremmo mai fatta...e' stato molto bello perché tutti i colleghi hanno potuto dire la loro. Non sono solo stati presenti ma anche partecipi, ci hanno proprio creduto, tutti hanno considerato il prodotto di questo percorso (la Scheda sulla Progettazione Individualizzata dei Casi e le Linee Guida) dei validi strumenti, anche se affermavano di non avere il tempo per utilizzarlo, veniva visto come "una cosa in più".

Alcuni assistenti sociali hanno iniziato a coinvolgere anche alcuni giovani psicologi per provare a sperimentare lo strumento. Con una lettera di servizio io ho chiesto formalmente a tutti i miei operatori di tutela che per tutti i nuovi casi 2012 venga applicata la scheda. L'abbiamo rivista, abbiamo riguardato le Linee Guida, ricapito il senso, qualche assistente sociale ci ha dimostrato che è possibile usarla e che è uno strumento valido, (con tutto il suo entusiasmo).

Il 9 febbraio 2012 abbiamo analizzato le indicazioni operative per gli assistenti sociali per le situazioni con provvedimento della Magistratura e delle separazioni e abbiamo definito che per tutte le nuove situazioni verrà steso il progetto individualizzato secondo la scheda allegata. Tra un incontro e l'altro con gli operatori del comune io ho incontrato anche la Responsabile del nucleo Tutela Minori ASL, il 20 e il 30 gennaio, per coordinarmi con lei.

L'incontro di servizio del 9 febbraio è servito per riprendere in mano gli strumenti che avevamo co-costruito durante il percorso formativo. Per quanto riguarda la compilazione della Scheda abbiamo riconfermato che ci sono delle questioni che possono essere o tutte dell'assistente sociale o tutte dello psicologo, non è stabilito a priori chi deve compilare una parte o l'altra. Abbiamo ridefinito che cosa intendevamo per "strategia", ovvero la "ri-definizione degli obiettivi, ordinare i passaggi logici per raggiungere gli obiettivi alla luce della conoscenza della situazione e delle risorse disponibili".

Questo incontro sembra aver caricato e ri-motivato gli assistenti sociali, per l'applicazione della scheda!

Un altro aspetto da considerare è che l'ASL ha incaricato degli psicologi dei consultori di seguire anche le separazioni del Tribunale Ordinario, quindi in ambito di tutela, questo ha comportato per gli assistenti sociali il fatto di doversi confrontare con altre persone (non più solo gli psicologi della tutela ma anche con quelli dei consultori, che non hanno mai fatto tutela., hanno alcune ore per seguire le separazioni), con tutto ciò che questo comporta anche dal punto di vista delle relazioni professionali (altre persone con cui doversi confrontare e stabilire modalità di lavoro condivise)

Incontri di servizio vengono fatti da me sempre sia con il Servizio di Prevenzione e Promozione sia con quello della Tutela affinché le prassi siano il più possibile condivise (la scheda per esempio potrebbe essere utilizzata anche dal Servizio Prevenzione).

6. Su quali aspettative e su quali motivazioni professionali si è sorretto il processo di co-costruzione conoscitiva intrapreso attraverso il percorso formativo?

R: Le motivazioni riguardavano soprattutto il fatto di poter esplicitare meglio "chi fa che cosa", il corso credo che per gli operatori abbia rappresentato un'occasione soprattutto di confronto e di dialogo con gli psicologi.

7. Quali sono state le ipotesi insature, quindi meno definite rispetto ai saperi sedimentati nella vostra cultura organizzativa, sulle quali si è aperto uno spazio di confronto e apprendimento tra i professionisti coinvolti? E quali conoscenze ha prodotto tale percorso?

R: È stato l'approccio della co-costruzione che ha modificato moltissimo l'approccio, perché tutti erano abituati ad andare al corso di formazione a cui devono solamente assistere, mentre in questo caso la costruzione dello strumento di progettazione è partita proprio da loro. L'abilità dei formatori è stata proprio quella di intercettare, scrivere, fermare, il poter poi riprendere nell'incontro successivo, da parte dei partecipanti, quanto era stato detto, precisarne i significati, è stata proprio la voce concreta degli operatori. Quindi un primo cambiamento rispetto all'approccio è che hanno materialmente contribuito, quindi diventa anche molto più difficile boicottarlo. Un altro aspetto importante è stato quello di poter avere uno spazio di monitoraggio con il formatore per l'applicazione dello strumento.

8. Per un servizio tutela minori, in cui spesso gli operatori sono schiacciati dalle urgenze, da una complessità del disagio definita "debordante", c'è il rischio di perdere di vista l'aspetto progettuale della presa in carico, aumentando così i vissuti di impotenza e angoscia da parte del professionista. Secondo lei questo percorso formativo che ha visto dialogare operatori con competenze professionali diverse e appartenenze organizzative differenti, ha contribuito ad accrescere la capacità progettuale del servizio secondo un'ottica progettuale e strategica? Se sì, in che modo?

R: Un'attenzione particolare che volevamo riservarci era anche rispetto al monitoraggio e la valutazione del progetto (sapere quanti progetti sono stati fatti, quante ri-progettazioni sui progetti sono state necessarie, quindi tenere un monitoraggio sui casi, utile soprattutto al comune che è quello che eroga dei servizi materiali, per la progettazione di interventi diversi, cioè saper cogliere gli orientamenti, le sollecitazioni su casi concreti che uno o più operatori si sono trovati a trattare per definire nuove piste d'intervento, nuove risposte da parte del servizio. Nell'applicazione gli operatori sentono tuttavia una certa difficoltà a causa dei carichi di lavoro, pur condividendo l'importanza e il valore di tale ottica progettuale.

9. Nella elaborazione delle linee guida per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'autorità giudiziaria e dello strumento per la progettazione individualizzata dei casi, secondo lei è stato possibile rendere visibile il "dato per scontato" che caratterizza il vostro servizio e se sì, che effetto, anche emotivo, ha prodotto nei soggetti coinvolti?

R: Gli effetti sono sicuramente stati una rimotivazione e una fiducia nell'altro partner reciproca e quindi rinforzare la motivazione al lavoro. Potrebbe aiutarci a esporre al Tribunale più chiaramente le risorse esistenti, le fragilità della famiglia, con lo "sforzo" di scriverle, dove a volte vengono date un po' per scontate. Per il Tribunale diventerebbe quindi molto più comprensibile l'ipotesi di progetto e soprattutto iniziare a proporre delle ipotesi d'intervento al Tribunale, senza aspettare che sia lui a darle e a immaginarle. Questa strumentazione dovrebbe aiutare quindi a qualificare meglio le proprie ipotesi progettuali, uno sforzo di qualità. Utilizzare questi strumenti può quindi servire a chiarire meglio le idee agli operatori e rispetto a cosa scrivere all'Autorità Giudiziaria.

10. Nella costruzione della scheda di progettazione individualizzata dei casi quali sono state le aree che hanno suscitato maggior dibattito tra i professionisti e perché?

R: Abbiamo aggiunto il punto 6 (*Come è andato il progetto di intervento?*) in quanto mancava la misurazione degli esiti della valutazione. Quindi questa è stata una delle parti della scheda su cui siamo tornati maggiormente a riflettere.

11. Nella fase di definizione dei problemi, per quanto riguarda l'identificazione dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, a quali presupposti teorici fate riferimento?

R: Facciamo riferimento a quelli indicati dal CBM (Centro del Bambino Maltrattato) che ci ha aiutato anche nei percorsi formativi di gruppo rivolti solo a operatori comunali.

12. L'équipe come si comporta nel caso in cui la strategia d'intervento individuata non fosse in linea con il mandato del Tribunale? Come valuta il rapporto tra i servizi e la magistratura nel territorio bresciano?

R: Abbiamo infatti preso in considerazione l'ipotesi che quanto proposto possa anche non essere accettato dal Tribunale. Il rapporto con il Tribunale può essere definito "come due coinquilini rispettosi" dove però il Comune è più "la manovalanza". Abbiamo cercato di aprire alcuni discorsi su alcuni temi: l'affidamento al servizio sociale, per esempio. Innanzitutto bisogna specificare che come tutele c'è un coordinamento tra tutele e ambiti del territorio, tra Brescia e gli altri 11 ambiti territoriali, i cui coordinatori si trovano a ragionare su alcune modalità di collaborazione. Il problema che io vedo è la grossa difficoltà di una diffusione di prassi condivise a livello di coordinamento dei Giudici, cioè il problema che non c'è una linea di tendenza chiara ma ogni Giudice fa un po' a sé. Ora però è cambiato il Presidente del Tribunale da due anni e anche in Procura sono cambiati i due Procuratori Capo. Per quanto riguarda il rapporto con il Tribunale abbiamo infatti deciso di inserire all'interno delle Linee Guida elaborate durante il corso una raccomandazione per gli enti, affinché vi sia sempre un'attenzione a promuovere un rapporto più fluido con la Magistratura e di maggior dialogo con i servizi tutela. Su questo appunto abbiamo riflettuto e l'abbiamo riconfermato anche nell'ultimo incontro di servizio del 9 febbraio, prendendoci l'impegno di organizzare tali incontri.

13. Come si è sviluppato il percorso di costruzione del disegno di valutazione del progetto d'intervento?

R: La difficoltà maggiore è l'individuazione dei criteri, mentre gli indicatori sono più individuabili perché sono misurabili.

14. Quali sono, secondo lei, i vantaggi o eventuali criticità nell'utilizzo di un disegno di valutazione che accompagna l'intero progetto individualizzato?

R: La ri-progettazione: sicuramente dà un grande vantaggio perché la valutazione non era una prassi consolidata nel nostro servizio. Un vantaggio per esempio è per i tempi di permanenza presso le comunità alloggio: questo strumento dà la possibilità di verificare in base a quali criteri decidere se il progetto più adeguato per il minore include il suo collocamento in comunità oppure si possono immaginare altre ipotesi d'intervento. Questo aiuta anche a ottimizzare le risorse.

15. Il percorso formativo e i nuovi strumenti elaborati per la gestione del servizio tutela minori, in che modo ha influito nella realizzazione e/o consolidamento di un sistema integrato di interventi sociali e socio sanitari nell'ambito della tutela minori?

R: Con la co-costruzione l'intenzionalità era seria in questo senso poi l'applicabilità è stata molto più difficile...Tuttavia da questi incontri di servizio ho potuto riscontrare che la motivazione tra i miei operatori c'è tuttora, anche se l'applicazione della scheda viene vista ancora con difficoltà. Si è proposto di cambiare/ridurre alcune parti per renderla più agevole ma in realtà tutti hanno deciso di confermare la validità, aggiungendo, in modo integrato tra ASL solo il punto 6.

Allegato n. 5: “Intervista alla Responsabile del Nucleo Tutela Minori dell’ASL di Brescia”.

LEGENDA:

I = intervistatore

R = Responsabile Nucleo Tutela Minori dell’ASL

1. A seguito del passaggio di competenze, relative alla tutela minori, dall’ASL al Comune, avvenuto nel 2003, come si è ri-organizzato il servizio e come hanno affrontato i professionisti tale cambiamento organizzativo?

R: Successivamente a questo passaggio la competenza sociale è ritornata in capo al comune quindi le nostre assistenti sociali che fino a quel momento avevano svolto l’attività in integrazione con i nostri psicologi sono state recuperate in parte assorbite dal comune in parte rimaste all’Asl ad occuparsi di altri aspetti relativi ai minori e quindi è rimasta in capo all’Asl la competenza psicologica e la riorganizzazione non è stato un passaggio semplice nel senso che alcune assistenti sociali per quanto riguarda l’ambito di Brescia Città, più Collebeato che è il paese annesso a formare l’ambito territoriale, perché poi l’organizzazione è stata diversa in tutta l’Asl, quindi ci sono stati passaggi in tempi diversi, in tempi successivi e con organizzazioni che poi i singoli ambiti territoriali si sono dati, non tutti nello stesso modo. Il passaggio non è stato indolore perché si è trattato di passare da una modalità di lavoro d’equipe all’interno della stessa istituzione, consolidata, collaudata e operativa da anni, a una modalità diversa, con figure professionali diverse, perché appunto le assistenti sociali non erano tutte le stesse, alcune sono rimaste le stesse altre erano nuove assistenti sociali messe in campo dall’amministrazione comunale e questo ha comportato un grosso lavoro di riorganizzazione e soprattutto di ricostruzione di una modalità di lavoro condivisa a partire da che cos’è la tutela minori, come si lavora, qual è la funzione dell’assistente sociale, qual è la funzione dello psicologo come ci si integra, come si gestiscono i casi in integrazione, con la differenza sostanziale di essere appartenenti a due organizzazioni diverse e ciascuna rispondente al proprio ente di appartenenza e questo ha portato un consistente lavoro di ripensamento e fin dall’inizio di questo passaggio la stesura di protocolli d’intesa fra i due enti. Quindi, l’Asl ha curato e ha sollecitato in condivisione con il Comune la elaborazione e la sottoscrizione di protocolli d’intesa che andassero a definire le funzioni dei due soggetti, le competenze dei due enti e quindi anche le modalità di collaborazione, che cosa si intende per conduzione di un caso, quali sono le funzioni, quali sono i momenti indispensabili di raccordo quali sono i segmenti di attività che ciascuno svolge in autonomia ma sempre riconducendo tutto in un lavoro di equipe. Per lo meno questo è stato l’intento fin dall’inizio, poi non sempre questo è un obiettivo facilmente raggiungibile, a volte le criticità ci sono a volte si fa fatica a comprendersi, non tanto sull’operatività però è sempre dietro l’angolo il rischio che uno si arroccchi sulle proprie posizioni e dire “l’Asl non ha fatto” oppure “il Comune non ha fatto” però credo che questo faccia parte delle criticità che appartengono ad un lavoro interistituzionale. Altre criticità importanti che c’erano anche prima e che forse hanno avuto un peso per certi aspetti maggiore successivamente a questo passaggio, è stato il turnover di operatori. Questo non ha consolidato il lavoro comune perché ogni volta che cambia l’operatore, non dico che si ricomincia da capo ma quasi

I: Sia a livello operativo ma anche di professionisti che hanno un lato umano di relazione...

R: Esatto ognuno ha il proprio modo di porsi nella relazione con il collega, nella relazione con l’utente quindi a volte questo a generato delle criticità. Adesso siamo in una fase completamente

diversa in un ulteriore successivo passaggio dovremmo essere in un momento di stabilità per quel che ci riguarda, gli psicologi, gli operatori sono fissi e stabili, lo erano anche prima ma prima c'era un gruppo di psicologi fissi accanto ai quali hanno operato psicologi consulenti che purtroppo sappiamo sono legati al bando annuale che non può essere diverso sempre sul filo del rasoio "ci saremo o non ci saremo l'anno prossimo". Adesso su Brescia c'è una stabilità in questo momento.

2. Il Protocollo d'Intesa tra ASL di Brescia e l'Ambito n. 1 per la gestione del servizio tutela minori interessati da provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, oggi in quale contesto/cultura organizzativo/a si inserisce?

R: Abbiamo rivisto questo protocollo, perché come le dicevo i protocolli d'intesa sono stati fin dai primi anni 2000 fortemente voluti da entrambe le parti proprio per la necessità di stabilire ruoli e competenze. Due anni fa abbiamo quindi iniziato questo progetto sia io come Asl che Bonizzoni come Comune, che poi è stato condotto dal Dott. De Ambrogio e, con gli operatori, eravamo partiti qualche mese prima con la revisione dei nostri protocolli d'intesa una revisione che non riguarda solo la tutela minori ma anche altri settori come l'area Anziani.

I nostri riferimenti sono stati la Legge Regionale 3 del Marzo 2008. Diciamo che prima di andare a declinare i singoli protocolli d'intesa nei singoli settori di attività è stato fatto un lavoro congiunto tra la direzione sociale dell'Asl e la direzione i funzionari del Comune preposti e abbiamo costruito insieme una cornice di premessa a questi protocolli d'intesa proprio rifacendoci alla Legge 3 che invitava fortemente all'integrazione delle competenze sociali e socio-sanitarie ma che sollecitava in direzione di progetti individualizzato d'intervento e quindi è stato fatto prima questo lavoro di dirigenza dei due enti per cui è stata costruita una cornice condivisa all'interno della quale successivamente sono stati costruiti i singoli protocolli d'intesa però partendo da questo presupposto comune che è stato il filo conduttore della costruzione del nostro protocollo in specifico della tutela minori e quando si è andato a sviluppare il concetto di progetto individualizzato d'intervento abbiamo sentito e condiviso la necessità di proporre anche agli operatori un percorso condiviso proprio finalizzato alla costruzione di questo progetto poi via via si è fatta, ha preso corpo l'idea che poteva essere utile uno strumento che fosse agevole da scambiarsi che potesse essere una cosa non un foglio bianco ma uno schema che avesse già delle voci dei capitoli condivisi e quindi poi li è partito con il Dott. De Ambrogio con la costruzione di questo strumento che stiamo sperimentando.

3. Quali sono i fattori ambientali (l'evoluzione dei bisogni del territorio), le spinte normative e politiche che hanno fatto nascere nelle istituzioni l'esigenza di creare un Protocollo in questo ambito?

R: Il riferimento è il Piano di Zona che e le indicazioni regionali vanno nella direzione di una integrazione socio sanitaria importante, l'impulso veniva anche da questo... non che prima non si facessero i progetti individualizzati d'intervento, nel senso che un'equipe ha sempre lavorato pensando al caso però siamo partiti dall'idea, e questa è la traduzione di ciò che vuol dire integrarsi, di lavorare insieme, dall'idea che fosse più tutelante per l'utente e che aiutasse a far chiarezza agli operatori sull'obiettivo da raggiungere e che in qualche modo fosse più tutelante per gli operatori stessi e quindi l'abbiamo visto come strumento che poteva salvaguardare gli operatori dallo scivolare in una non condivisione di obiettivi o aver pensato che l'altro avrebbe fatto delle cose o aver pensato che ci fosse un obiettivo condiviso quindi diciamo un po' a cascata il nostro obiettivo di lavoro è stato questo...

Per quanto riguarda i fattori ambientali, a Brescia in particolare, ma su tutto il territorio dell'Asl in generale, abbiamo assistito in questi anni un aumento di casi demandati dal tribunale dei minori quindi il carico di lavoro dal 2003 a oggi è quasi raddoppiato sono aumentate le segnalazioni al tribunale di conseguenza sono aumentati i provvedimenti e che a nostro avviso ma credo che siano

facilmente condivisibili una situazione di forte disagio sociale che è sotto gli occhi di tutti e che tutti stiamo vivendo una parte abbastanza consistente, per esempio l' incremento di casi legati alle separazioni, separazioni conflittuali quindi c'è stato un grosso aumento di carico di lavoro per ciascun operatore che in taluni momenti ha rischiato di provocare o può provocare una situazione burnout e quindi anche lì il progetto individualizzato d'intervento ha la funzione di esplicitare, c'è una parte sulla quale abbiamo lavorato parecchio era quella di qual è l'obiettivo da raggiungere o qual è l'obiettivo che riteniamo raggiungibile e con quali risorse concretamente disponibili questo né stato un aspetto sul quale abbiamo lavorato molto proprio alla luce di questa inversione di tendenza, aumentano i casi e diminuisce il personale o diminuzione di risorse.

Quando abbiamo iniziato il lavoro con il dott. De Ambrogio e poi anche l'anno scorso, c'è stato un momento di forte criticità perché abbiamo avuto circa duecento casi nuovi completamente da mettere in pista, da progettare, da valutare, per cui con un grosso carico importante e con il rischio di dover penalizzare la parte del trattamento e della presa in carico vera e propria a favore della continua valutazione diagnostica iniziale dei casi nuovi sentivamo questa sproporzione con richieste sempre più a breve termine da parte del tribunale quindi con la fatica di dover rispondere entro dei tempi molto ristretti con il rischio di venir meno ad alcuni principi fondamentali del proprio lavoro perché la tempistica non ti consente di dare la giusta attenzione a tutte le situazioni quindi diciamo che è stato uno degli aspetti che ha spinto nella direzione di trovare uno strumento che facesse da guida per lavorare sui casi e che facesse tenere il timone nella situazione di emergenza o anche nella situazione di criticità anche dicendosi tra figure professionali fin qui posso arrivare o troviamo un'altra strada o troviamo altre risorse...

4. Questo strumento può aiutare anche ad alleviare l'operatore da dei vissuti frustranti?

R: Assolutamente, infatti gli incontri con il dott. De Ambrogio sono stati caratterizzati un po' da questa immersione di vissuti, di frustrazione e di stress di eccessivo carico...

C'era bisogno di ricominciare a costruire un linguaggio comune sulla tutela minori.

Non è stato facile...tra Asl e Comuni c'è sempre stata un po' di conflittualità rispetto soprattutto alla tutela minori, agli impegni economici che questa casistica comporta perché quando questa era gestita in toto dall'asl i comuni lamentavano di essere gli enti pagatori dei servizi di non essere sufficientemente coinvolti nei progetti per cui quando c'è stato questo passaggio c'è stato un po' la rivendicazione del Comune che ha detto adesso facciamo noi ci pensiamo noi, la facciamo come diciamo noi, non tutti hanno aderito ad alcune proposte, ci sono state alcune prese di posizioni per situazioni pregresse, questo passaggio è stato quindi abbastanza complicato. La formazione quindi era da tempo che non veniva fatta e una delle spinte a chiedere questo corso di formazione al dott. De Ambrogio è stata proprio dettata da questa esigenza, dal confronto anche con la dr.ssa Bonizzoni ci siamo detti che gli assistenti sociali e gli psicologi non si incontravano tutti insieme da molto tempo. Sentivamo che alcune cose rischiavano di essere toccate a livello di singola équipe ma che non era quello il livello su cui alcune cose potevano essere affrontate, quello diventava l'anello finale, dove rischiavano di spendersi alcune conflittualità ma che erano legate ad altre cose, quindi era utile e opportuno rilanciare un po' l'attività anche attraverso un percorso di formazione condivisa, che è stata molto interessante ed è stata un po' il contenitore dove andare a riversare anche i malesseri, le fatiche, le rabbie, i rancori verso il proprio ente o verso l'altra istituzione.

5. Su quale idea di integrazione sociosanitaria si regge il nuovo Protocollo d'Intesa?

R: La premessa che noi abbiamo condiviso anche nella stesura del protocollo è che nella tutela minori, come in altri settori, ma qui particolarmente, la parte sociale e la parte psicologica devono viaggiare in maniera integrata proprio perché sono entrambe fondamentali e non solo, non bastano più soltanto a se stesse perché sempre più c'è la necessità di integrarsi anche con altri soggetti del privato sociale, del sanitario, ecc, perché la complessità delle situazioni richiede sempre più di

essere governata attraverso una pluralità di interlocutori e questo aspetto è stato alla base della costruzione dello strumento. Ci sono territori in cui la tutela minori è del comune e agli psicologi dell'ASL è richiesto solo di fare diagnosi, cioè delle prestazioni specialistiche, noi invece partiamo da un presupposto diverso, peraltro condiviso anche a livello nazionale e internazionale, ed è che sono due parti (quella sociale e psicologica) che non possono essere slegate tra di loro. Lo psicologo deve "sporcarsi le mani" con questioni che hanno a che fare più con un piano di realtà e viceversa ci sono delle "contaminazioni" di professionalità. E' quindi una co-costruzione di un intervento. Vedo che quando si fa fatica a tenere fede a questo principio il caso lo si perde un po'. Risulta un po' frammentato, l'assistente sociale e lo psicologo vanno un po' per conto loro.

6. Quali sono le difficoltà che i servizi e gli operatori devono affrontare affinché si realizzi una reale integrazione nella progettazione sui casi di tutela minori?

R: Una delle difficoltà più grosse secondo me è data dal numero elevato di operatori, almeno in questo ambito territoriale, (Brescia si compone di 12 ambiti territoriali di cui Brescia è l'ambito 1) e quindi, per quanto riguarda gli psicologi, doversi confrontare ciascuno con almeno 6 o 7 assistenti sociali diverse. Quindi l'équipe non è sempre la stessa e questo è già un aspetto che può rappresentare una fatica: il rapporto è circa 2:1, ovvero una decina di assistenti sociali, distribuiti in 5 circoscrizioni, per 6 psicologi, non tutti afferenti all'ambito 1 (che coprono quindi tutte le 5 circoscrizioni). L'assegnazione dei casi funziona in questo modo: metà degli psicologi lavora prevalentemente per un territorio quindi lavora con le assistenti sociali del centro sociale che fa capo a quel territorio e l'altra metà degli psicologi lavora prevalentemente con l'altra parte del territorio e quindi ha a che fare con gli altri assistenti sociali. A volte però per esigenze di servizio, per equilibrare i carichi di lavoro succede che si intervenga in maniera diversa.

Un'altra difficoltà è l'essere appartenenti a due istituzioni diverse quindi la fatica a volte di trovarsi, di incontrarsi, sedi diverse, comporta il confronto con un'istituzione che ha una sua organizzazione e accettare, anche se non si è sempre d'accordo, alcune scelte che vengono fatte dall'altro ente perché rispondono alla loro organizzazione. Ad esempio: il Comune ha una figura specifica preposta per il coordinamento del servizio educativo domiciliare e questo per noi comporta, per i casi che gestiamo insieme, alcuni passaggi formali "in più", per esempio una relazione da parte nostra per far partire il servizio, che a volte possono rappresentare una fatica in più, perché magari si è già discusso in équipe dell'opportunità di far partire quel servizio. Oppure quando si tratta di cercare una comunità educativa per un minore: il Comune ha una figura preposta per questo compito, che non è l'assistente sociale dell'équipe, come avviene negli altri ambiti territoriali, ma un'altra.

7. Su quali aspettative e su quali motivazioni professionali si è sorretto il processo di co-costruzione conoscitiva intrapreso attraverso il percorso formativo e come sono stati coinvolti gli psicologi ASL?

R: Da un lato c'era un mandato istituzionale interno sia per l'ASL che per il Comune, che era quello di pervenire alla stesura di un protocollo che fosse condiviso. Abbiamo quindi ritenuto assolutamente necessario condividere in itinere con il gruppo (io incontro mediamente una volta al mese gli psicologi per una riunione organizzativa di servizio) e quindi gli psicologi sono stati costantemente tenuti al corrente di quello che era il lavoro che in Direzione Sociale, unitamente al Comune, si stava facendo, riportando poi all'interno di quel gruppo di lavoro istituzionale un po' le riflessioni che venivano dagli psicologi in base alla loro esperienza professionale e operatività. E' stata anche l'occasione per rivedere a monte, ai livelli apicali, il ruolo dello psicologo, riflettere e di esplicitare il ruolo che esso riveste all'interno della tutela minori.

C'era la necessità di “ridirsi” delle cose con il Comune, in particolare tra psicologi e assistenti sociali e tutti hanno accolto molto volentieri la proposta di fare un percorso condiviso proprio perché se ne sentiva la necessità in un contesto allargato.

8. Nella elaborazione dei due strumenti per la progettazione individualizzata dei casi (Scheda e Linee Guida) secondo lei è stato possibile rendere visibile il “dato per scontato” che caratterizza il vostro servizio e se sì, che effetto, anche emotivo, ha prodotto nei soggetti coinvolti?

R: Sicuramente il dato per scontato nel progetto individualizzato non è più tale, e questo è stato un aspetto sul quale abbiamo riflettuto parecchio durante il corso, così come sulle aspettative reciproche, su ciò che si pensa che l'altro debba fare e che spesso non viene esplicitato rischiando di creare un impasse nel lavoro o una difficoltà di gestione che poi si ripercuote inevitabilmente sulla conduzione del caso.

Inoltre, è successa una cosa un po' “strana” nel senso che è stato fatto questo grande lavoro di co-costruzione dello strumento che è il frutto di tutte le riflessioni portate dagli operatori e quando si è arrivati alla conclusione gli operatori per certi aspetti sembravano non riconoscere più il proprio prodotto ed è iniziata a scattare un po' la preoccupazione rispetto alla sua applicazione (“dobbiamo fare anche questa cosa aggiuntiva”). Io sono convinta che però più si riuscirà a farlo entrare nella consuetudine di lavoro, più questo aiuterà a fare chiarezza sul non dare per scontato, sull'esplicitare vari passaggi e anche sul dirsi “a che punto siamo?”. In realtà vedo che quando riescono a salvaguardarsi un tempo e uno spazio di pensiero che aiuta a declinare i passaggi importanti, te li fa esplicitare, credo che lo strumento in questo agevoli molto.

9. Nella costruzione della scheda di progettazione individualizzata dei casi quali sono state le aree che hanno suscitato maggior dibattito tra i professionisti e perchè?

R: Sono state tante...però ricordo molto bene la fatica di alcuni incontri legata al portare all'interno di questo corso di formazione e di progettazione condivisa tutti i malesseri degli operatori collegati all'istituzione, affermavano di non sentirsi tutelati, di sentirsi allo sbaraglio, di essere caricati di lavoro e non ascoltati nelle loro criticità... questo dibattito sui rapporti interistituzionali, ad esempio sui rapporti con il Tribunale, che a volte avanza richieste o mandati quasi impossibili, che sfidano a volte la realtà.. è stato comunque utile, ha portato infatti all'elaborazione delle Linee Guida, con punti di attenzione e raccomandazioni che secondo me ogni tanto è utile andare a rivedere e rileggere.

Un altro aspetto sul quale si è discusso molto è il cambiamento auspicabile e il cambiamento possibile, dove era importante sottolineare non tanto il cambiamento auspicabile come l'ideale in sé per sé, ma il cambiamento a cui tendere e ciò che puoi concretamente proporre all'utente. Questo aiuta un po' a vedere lo scarto e a ridimensionare le aspettative di ciascuno ma anche nella prospettiva di cambiamento dell'utente, a riprendersi ognuno la responsabilità di cosa posso proporre a questa persona, dove arrivo con le mie forze, dove devo attingere ad altre risorse.

10. Come si è sviluppato il percorso di costruzione del disegno di valutazione del progetto d'intervento?

R: Qui ci siamo un po' arenati, è stata la parte che abbiamo sviluppato meno, però abbiamo previsto dei momenti istituzionali di raccordo per vedere quanto è stato fattibile e saranno preceduti da incontri con gli operatori che nella sperimentazione devono metterci in evidenza quali sono le criticità, legate a qualche aspetto concreto, operativo. Una cosa che abbiamo fatto con il Comune è stata quella di rivedere un po' lo strumento ad esempio nella parte dei problemi e delle risorse dove nei fattori di rischio e fattori protettivi abbiamo deciso di introdurre in allegato la classificazione

fornita dal CBM, con l'interno di condividere e ridirsi tra operatori queste cose, anche se già conosciute da loro. Inoltre abbiamo aggiunto al disegno di valutazione la parte n. 6 finalizzata ad una eventuale ri-progettazione.

La fatica emerse nel corso rispetto al disegno di valutazione riguardava la distinzione tra strategie, indicatori, criteri, questo è un passaggio che non si è abituati a fare, però alla fine, anche in una recente riunione, abbiamo concordato sul fatto che tutti questi passaggi sono fondamentali e devono essere mantenuti. È uno sforzo aggiuntivo, perché devi uscire dal "dato per scontato", ma che poi facilita la valutazione, ti permette di capire da cosa deduci una determinata valutazione, un giudizio, significa esplicitare un obiettivo e tradurlo poi in aspetti misurabili.

11. Che ruolo assume il Responsabile del Servizio all'interno del processo di progettazione e valutazione sui casi?

R: La mia funzione in questo caso è quella appunto di tenere monitorato l'andamento, l'abbiamo inserito anche come obiettivo da raggiungere all'interno delle schede di valutazione del personale ed è stato considerato come un aspetto innovativo, pur con tutti i ridimensionamenti con il comune abbiamo via via condiviso, perché eravamo partiti pensando di farlo su tutti, poi invece abbiamo pensato di farlo per i casi nuovi, comunque cerchiamo di farlo entrare nell'abito mentale dell'operatore, quindi si tratta di tenere l'attenzione su questa nuova modalità operativa e nelle riunioni periodiche operative verificiamo se lo stanno facendo, su quali casi, se ci sono state delle difficoltà, ecc. Tentiamo un po' di fare avviare questo strumento, anche se incontra un po' delle resistenze nonostante sia il prodotto del lavoro degli stessi operatori, i ricercatori infatti hanno tradotto un lavoro che è nato proprio dall'interazione dei professionisti. La difficoltà è farlo entrare nella consuetudine mentale.

12. L'occasione di confronto e supervisione offerta dal percorso formativo e di cui hanno beneficiato professionisti di organizzazioni differenti, quali apprendimenti ha prodotto?

R: La novità grossa, e forse questo è l'apprendimento principale, è di mettere in fila tutti questi aspetti e di riuscire a vederli come un mosaico che va costruito ed esplicitato, perché poi all'interno di ciascuna delle singole voci, come abbiamo già detto, sono tutti aspetti che gli operatori hanno portato e quindi già di fatto sono aspetti già considerati come importanti, a partire dalle informazioni iniziali, dal tipo di richiesta, all'esame della domanda, però solitamente vengono fatti in automatico. L'apprendimento è stato quindi l'entrare nell'ottica di costruire qualcosa che rimane scritto e che resta agli atti, che poi serve ed è servito secondo me tantissimo, a ridefinire tutti questi passaggi dati un po' per scontati che fanno parte dell'operatività, quasi in automatico, però è servito tornarci sopra e riflettere sul perché si fanno certi passaggi e su cosa ci si aspetta da questi passaggi, che difficoltà posso incontrare.

13. Il Protocollo d'Intesa prevedeva una verifica della sua implementazione. E' stato possibile applicare lo strumento della scheda per la progettazione individualizzata per qualche caso?in caso affermativo, come è andata?

R: Siamo partiti, in accordo con il Comune, sui nuovi casi. Durante il corso è stata fatta la sperimentazione su alcuni casi selezionati dagli operatori : ogni singola équipe ha sperimentato lo strumento su almeno due casi.

14. Il percorso formativo e i nuovi strumenti elaborati per la gestione del servizio tutela minori, in che modo ha influito nella realizzazione e/o consolidamento di un sistema integrato di interventi sociali e socio sanitari nell'ambito della tutela minori?

R: Sicuramente si è consolidata l'integrazione, tant'è che con la dr.ssa Bonizzoni si pensava di organizzare almeno un paio di momenti nel corso dell'anno in cui assistenti sociali e psicologi si potessero ancora incontrare insieme, anche al di là di un percorso formativo con un consulente esterno, ma proposto da noi perché sentiamo che c'è bisogno di fare un po' il punto tra di noi in modo allargato di continuare ad avere una supervisione sull'utilizzo dello strumento per consolidare ulteriormente questa integrazione. Un'altra cosa importante conseguita al termine di questo percorso formativo è stato che ci siamo trovate alcune volte in comune tutti insieme in un'occasione, per un incontro e confronto con il nuovo Procuratore Capo della Procura presso il Tribunale per i Minorenni di Brescia che appena insediatosi sul territorio si è proposto per un incontro conoscitivo con i servizi e in questo caso il Comune ci ha prontamente invitati a partecipare. Abbiamo fatto altri due incontri in Comune per fare il punto sulle comunità, perché sempre nell'ambito del corso era emersa questa esigenza di confrontarci sulle esperienze di inserimenti in comunità, raccogliere queste diverse esperienze, viste alcune criticità sollevate su questo tema da parte sia degli psicologi che degli assistenti sociali. L'esperienza formativa ha quindi offerto la possibilità di abbracciare una nuova prospettiva di maggior dialogo e confronto tra i due enti, al fine di costruire una presa in carico dei casi maggiormente integrata.

15. I: In che termini l'applicazione di questi nuovi strumenti di progettazione congiunta sui casi, può migliorare la qualità, l'efficacia e l'efficienza del servizio?

R: Di fondo l'obiettivo principale è il progetto sull'utente: c'è un nucleo familiare, ci sono dei minori, quindi secondo me è uno strumento che tutela fortemente l'utente perché nel momento in cui espliciti alcuni passaggi è più facile esplicitarli poi anche all'utente

Allegato n. 6: “Intervista a n. 2 Assistenti Sociali del Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia”.

LEGENDA:

I = intervistatore

A1 = assistente sociale n. 1

A2 = assistente sociale n. 2

1. I: A seguito del passaggio di competenze relative alla tutela dei minori con provvedimento della magistratura, avvenuto nel 2003, dall’ASL al Comune di Brescia, come si è strutturata l’organizzazione del servizio Tutela Minori all’interno dell’Ente, quali metodologie operative sono state costruite negli anni per garantire un’integrazione sociosanitaria nella presa in carico dei casi?

A1: Premetto che lavoro nella tutela minori dal 2010, quindi è il secondo anno, prima lavoravo nel settore prevenzione dal 2004, quindi non ho vissuto il cambiamento dal 2003 in poi.

A2: Io lavoro qua dal 2007 e l’organizzazione del servizio tutela è l’assistente sociale per la parte sociale e lo psicologo asl per quella psicologica.

2. I: Prendendo come riferimento l’arco temporale degli ultimi tre anni (2009-2011), quali sono, secondo lei, i bisogni e le problematiche emergenti delle famiglie dei minori con provvedimento segnalati al servizio Tutela Minori del Comune?

A1: I casi che arrivano sono di vario genere, maltrattamenti verso minori con il collocamento extrafamiliare, incremento famiglie straniere, violenza assistita, famiglie che hanno difficoltà a veder i bisogni dei figli, famiglie con difficoltà anche di tipo economico. In molti casi si è intervenuto attraverso il servizio educativo domiciliare, collocamento in comunità, disposto solitamente dal Tribunale, perché l’intervento domiciliare non è sufficiente. Ogni famiglia è un po’ a sé. La povertà di strumenti a gestire la genitorialità. Famiglie con più figli e che a loro volta hanno avuto vissuti di inserimento in comunità e ora anche i loro figli sono allontanati. In questo influisce anche la loro esperienza vissuta quando erano piccoli.

A2: Tante mamme con patologia psichiatrica, diverse situazioni di conflitto di coppia genitoriale, in fase di separazione.

3. I: Chi fa solitamente le segnalazioni?

A1: Può essere il settore prevenzione che dopo una serie di interventi decide di segnalare perché gli interventi non hanno dato gli esiti sperati (sono rari però i casi in cui la situazione viene segnalata dal settore prevenzione), come la scuola, il pediatra, l’ospedale, la neuropsichiatria infantile, centri aggregazione giovanili, anche se loro cercano di mantenere un ruolo neutro con i genitori, sert. I servizi prima di fare la segnalazione di solito fanno una verifica per vedere se il caso è già seguito dal settore prevenzione, il quale eventualmente se lo conosce aggiunge il suo pezzo alla segnalazione altrimenti è ad esempio la scuola che segnala direttamente al tribunale. A noi quindi può arrivare o un decreto del tribunale o una richiesta di indagine sociale.

4. I: In riferimento ai cambiamenti sociali intervenuti e alla complessità delle situazioni che si presentano al servizio, la capacità progettuale dell'equipe integrata (assistente sociale-psicologo) come si è evoluta nel tempo e quali caratteristiche ha assunto?

A1: Quando sono arrivato ho cercato di capire come funzionava più che vedere come si è evoluta. Essendo gli psicologi suddivisi per territorio, la collaborazione era sempre con gli stessi psicologi, inoltre c'è una parte "istituzionale", ma anche una parte più che si giocava sul rapporto personale, la modalità di lavoro era quella di seguire i casi, soprattutto quelli più complessi, insieme. Questo è positivo perché condividi tutto il percorso, lavori in sintonia, ma è molto difficile perché porta via molto tempo, non sempre è facile trovare il tempo per vedersi, ecc. Inoltre porta via un po' di autonomia professionale, andare avanti così in simbiosi si rischia di farsi un po' influenzare, di perdere un po' la possibilità di avere più visioni del problema.

Lo stile era quello di condividere molto il percorso e in certi casi, al contrario, si faceva fatica a condividere sia l'analisi del problema che le conclusioni ad esempio di una relazione. Questa discrepanza forse ha portato ad interrogarsi su che cosa era necessario fare insieme e cosa era utile fare in autonomia. Era diventata una necessità definire chi fa che cosa perché si appartiene anche a due enti diversi e un ente può avere una linea che ad esempio l'altro non ha. Inoltre il comune ha la responsabilità legislativa mentre l'asl ha una responsabilità professionale, della consulenza.

A2: Si sente la fatica di una vera presa incarico condivisa, di portare avanti il percorso insieme, l'asl ha la responsabilità della presa in carico psicologica, ma a volte c'è proprio un rapporto di consulenza e, secondo me, a volte ci si sente un po' soli.

A1: E' diverso lavorare con una persona che si sente parte del progetto e diverso è lavorare con una persona che sente di dover intervenire su chiamata, su quel particolare problema, di dare delle indicazioni rispetto a quel determinato problema, però poi, a livello di responsabilità c'è meno.

5. I: Quali strumenti utilizza solitamente nella progettazione e valutazione dei casi?

A1: C'erano degli strumenti per fare l'indagine richiesta dal tribunale, una sorta di traccia che dava una logica all'analisi che si andava a fare.

A2: Colloqui, visite domiciliari...ma questi sono strumenti di lavoro professionali. Rispetto alla progettazione, prima non c'era niente di scritto, era tutto implicito...

Oppure c'era qualcosa di settoriale, per esempio per i collocamenti in comunità, in affido, ecc, c'era una scheda interna all'ente, che qualcun altro ha pensato e che ci hanno dato come strumento per fissare degli obiettivi, tempi, da inviare alla comunità, o a chi si occupava dell'educativa domiciliare, dove era prevista la firma dell'assistente sociale e lo psicologo anche se in realtà non era quasi mai firmata dallo psicologo, anche se con lui veniva comunque fissata una linea d'intervento, tuttavia rimaneva uno strumento interno, non veniva *costruito* insieme ma *compilato* dall'assistente sociale. Non era uno strumento condiviso dai due enti.

6. I: Il nuovo Protocollo d'Intesa tra ASL e Ambito n. 1 per la gestione del Servizio Tutela, secondo lei, che significato assume all'interno del processo di potenziamento dell'integrazione tra servizi e operatori che si occupano di tutela minori, previsto dal Piano Sociale di Zona?

A1: Se viene attuato è un buon strumento, ma essendo nuovo questo protocollo, ci sono delle difficoltà nella traduzione..va condiviso a livello teorico ma si dovrebbe cercare di tradurlo in pratica. Io ritengo che sia utile nell'integrazione e nella progettualità ma non è così immediato attuarlo. Per noi la situazione è particolare perché c'è stato un cambio di psicologi, l'asl da gennaio 2012 ha deciso di delegare la competenza psicologica al consultorio accreditato della zona, quindi la maggioranza di casi ha visto un cambio degli psicologi di riferimento. Questi psicologi non hanno preso parte al percorso formativo, quindi si vedono calare dall'alto questo strumento con il

rischio di vedere lo strumento come un modo per definire “le parti” che ognuno deve fare per poi metterle insieme...non lo conoscono molto anche se magari condividono l'intenzione.

7. I: Quando le è stato proposto di partecipare al percorso formativo sulla progettazione, quali aspettative aveva e con che motivazioni o perplessità ha intrapreso tale percorso?

A1: L'aspettativa era di individuare uno strumento che aiutasse ad integrare maggiormente le due figure.

A2: Credo che fosse la prima formazione che venisse fatta insieme da quando c'è stato il passaggio di competenze dall'asl al comune nel 2003, quindi è stato un po' come mettere le basi per una gestione comune.

8. I: Il confronto tra le due culture organizzative (ASL e Comune) e tra le due culture professionali (assistenti sociali e psicologi) e la de-costruzione delle rispettive visioni e modalità di lavoro finalizzate alla co-costruzione di nuovi strumenti di progettazione, che cosa le ha permesso di “vedere” del suo lavoro e cosa ha prodotto in termini di nuove conoscenze?

A1: A me ha chiarito di più le idee, la scheda diventa un modo per dare maggiore professionalità al lavoro di entrambi. Nella scheda non è esplicitato cosa deve fare l'assistente sociale e cosa lo psicologo, però si decide insieme, dando una motivazione, via via che si fanno le scelte da quello che si deduce cosa è opportuno fare insieme e cosa invece è bene che venga fatto dall'uno o dall'altro a seconda della situazione dei diversi fattori considerati. Questo strumento ci aiuta a definire meglio e a dare più valore al ruolo di ciascuno, l'esplicitare alcune scelte aiuta a non trovarsi davanti a qualcosa che non si sa a cosa sia dovuto, serve per dare maggiore sostanza al nostro lavoro, diventa una traccia per il nostro lavoro.

Sicuramente il parlarsi insieme ha aiutato a chiarirsi e ad avvicinarsi, senza fossilizzarsi sull'idea magari sbagliata che sia ha del lavoro dell'altro e sulle quali a volte si fondano pregiudizi e critiche sul lavoro dell'altro. Il fatto di essere lì per lo stesso motivo e di voler creare un servizio che funzioni meglio e una collaborazione che funzioni, quindi parlare dei problemi rispetto alla gestione del servizio, esplicitare certe cose non dette, è servito per confrontarsi. Alcuni operatori sono più legati forse ad un modello precedente quindi con più difficoltà a mettersi in discussione.

A2: A me la scheda ha fatto considerare la possibilità di essere più equipe, più strutturati come funzionamento: a volte i tempi ci mettono nelle condizioni di non riuscire a confrontarsi su come sta andando l'intervento, a che punto siamo, dove stiamo fallendo, ecc..il confronto a volte avviene in corridoio con altre dieci cose per la testa, mentre metterlo nero su bianco è anche un modo per fermarsi, per andare a rivedere cosa c'eravamo detti, per ragionare, per non perdere i pezzi di quello che avevamo deciso, per riprogettare. Questa cosa la facciamo implicitamente e solitamente talmente veloci che non ce ne rendiamo neanche conto.

9. I: Nella costruzione degli strumenti, quindi la Scheda sulla Progettazione Individualizzata dei casi e le Linee Guida, quali sono state le aree di maggior dibattito, in cui la “contaminazione” tra teoria e prassi è stata più complessa?

A1: Questa contaminazione innanzitutto non è stata facile...io ho visto che le maggiori difficoltà sono emerse nella parte della valutazione: quando c'era da compilare la scheda tutti avevano fatto la prima parte (definizione progetto, obiettivi,ecc)ma quando si è arrivati alla valutazione si è visto che non siamo abituati a chiudere con un progetto dicendo cosa è andato bene e cosa male, come andiamo avanti. La valutazione permette di riappropriarti del progetto, fare il punto della situazione rispetto ai tempi che ci siamo dati, cosa siamo riusciti a fare, che cosa resta da fare e cosa potremmo fare per andare avanti nel progetto. Questa scheda ci aiuta a fare questo ragionamento a cui

solitamente non siamo abituati, forse per i tempi...la valutazione potrebbe servire anche per il tempo in cui mantieni un determinato intervento che magari ha degli effetti negativi se protratto, in questo caso il tempo non fa altro che peggiorare la situazione, oltre che rappresentare uno spreco di risorse, sarebbe utile fare un ragionamento in termini di valutazione degli esiti per riprogettare e rendere più efficace l'intervento.

A2: di solito si dice "una volta che è andata, è andata così", oppure vedi che è andata male ma non stai lì a soffermarti sul perché...

10. I: Nella fase di analisi del problema, quali sono i fattori che possono aiutare l'assistente sociale e lo psicologo a convergere sulla visione del problema?

A1: Nei casi che ho in carico non ho avuto particolari problemi a condividere la visione del problema con lo psicologo, però il fatto di spiegare le motivazioni, i presupposti, per cui si arriva a determinate conclusioni, esplicitare il procedimento logico può aiutare, perché non c'è una verità a priori ma si arriva sempre ad una conclusione in base a dei presupposti. E' proprio il fatto di rendere esplicito il ragionamento che si è fatto nell'analisi che permette di convergere nella visione del problema.

11. I: Con che modalità viene condiviso il progetto individualizzato con la famiglia e il minore, in particolare quando si è in presenza di una negazione o non condivisione del problema da parte della famiglia?

A1: La scheda sicuramente può aiutarci ad avere più chiare certe cose e a renderle più facilmente spendibili nei colloqui con gli utenti. Quello che prima era implicito, avendolo più chiaro, riesco anche ad esplicitarlo meglio all'utente.

A2: Se una cosa è più chiara a te, poi riesci a spiegarla meglio anche all'utente ed è quello che si cercava di fare anche prima della scheda, quando si cerca di fare cogliere all'utente l'intervento come un'opportunità per un cambiamento.

12. I: E' prevista una forma di condivisione del progetto individualizzato con altri soggetti, in particolare con altri servizi specialistici, con la comunità di accoglienza o con la famiglia affidataria, educatori sed?

A1: Sarebbe l'ideale che venisse condiviso anche dagli altri servizi per rendere l'intervento più efficace, ed è quello che si cerca di fare con le equipe, perché se tutti hanno chiaro l'obiettivo, la direzione, tutti riescono a condividere la presa in carico.

A2: Sarebbe utile condividere il progetto anche con gli altri servizi perché spesso le logiche d'intervento del servizio tutela minori sono diverse, per esempio con i cps (centro psicosociali o con i sert) quindi sarebbe utile una condivisione degli obiettivi che ci diamo e una condivisione del progetto individualizzato, bisogna capire con che occhiali uno guarda la logica dell'intervento.

13. I: Nella definizione della strategia d'intervento in base a quali elementi viene ipotizzato il cambiamento auspicato e il cambiamento possibile?

A2: Quello possibile è reso tale in base alle risorse a disposizione, sia dal punto di vista materiale che della persona e operativo per portare avanti il progetto. Auspicabile c'era un po una difficoltà a capire che cosa intendiamo realmente: quello che sarebbe meglio in assoluto, o è un concetto già più riduttivo dell'assoluto?

A1: l'auspicato è la situazione ideale, nel senso che potrebbe essere risolta nel momento in cui avvengono determinate cose, si verificano determinati eventi, anche se poi in base alle risorse disponibili, i tempi, i limiti nostri e quelli degli utenti, delle famiglie, si può parlare di un

cambiamento *possibile*. Molte volte però noi abbiamo in mente l'auspicato e questo provoca un senso di frustrazione perché non vediamo, dopo un determinato periodo, il cambiamento che ritenevamo auspicabile e rischiamo di mollare tutto. Mettere invece nero su bianco il cambiamento possibile, effettivamente realizzabile, ci permette di valorizzare anche i piccoli cambiamenti, in base alle caratteristiche della situazione di partenza. Serve quindi per dare una fattibilità alle cose e non solo un'idealità.

A2: E' vero che si sta più sul cambiamento possibile però è anche bello non buttare via l'auspicabile, anche perché se non si tiene conto anche di quello che sarebbe bello, auspicabile fare, ci si va a ridurre sotto il minimo, ci si accontenta e il parametro è più tarato verso il basso.

14. I: L'équipe come si comporta nel caso in cui la strategia d'intervento individuata non fosse in linea con il mandato del Tribunale?

A1: Si deve riprogettare anche se il mandato è diverso.

A2: Se il tribunale dà un'indicazione, sapendo com'è la situazione, mi pongo nelle condizioni di attuarlo questo decreto, poi non è detto che le cose vadano male, si vede e poi si aggiorna il tribunale. A volte capita che arriva il decreto ma non si ha la documentazione precedente, quando arriva un decreto non si può non attuarlo, altrimenti ci si prende una responsabilità non da poco...

15. I: La definizione del progetto individualizzato, in forma scritta, con obiettivi, azioni, risorse e tempi, che utilità può avere rispetto alle modalità tradizionali di progettazione in uso dalle equipe integrate?

A1: Sicuramente è una traccia importante anche quando c'è da fare un passaggio di consegne ad altri colleghi, visto anche il tourn over che c'è stato di operatori, è uno documento in cui c'è già tutto, è più visibile, dall'altra parte doverlo scrivere è una fatica in più, però scrivere ha il vantaggio di rendere più esplicito quello che comunque avevi pensato con il collega, aiuta a ricostruire il percorso anche quando si devono scrivere le relazioni al Tribunale, si riescono ad esplicitare meglio i vari passaggi che hanno portato ad affermare una determinata conclusione. Nelle relazioni infatti spesso il ragionamento che sta dietro alle conclusioni rimane più implicito. Può aiutare anche nella confronto con lo psicologo, dove così è possibile esplicitare e chiarirsi i significati che stanno dietro alle posizioni dell'uno e dell'altro. Esplicitare aiuta quindi a dare anche una maggior concretezza rispetto alle decisioni da prendere.

16. I: La definizione di un disegno di valutazione del progetto che vantaggi e criticità comporta nella prassi operativa del suo lavoro?

A1: Nel lavoro quotidiano dell'équipe è la parte più nuova rispetto al vecchio modo di lavorare. Esplicitare i criteri, gli indicatori, ecc sicuramente aiuterebbe l'équipe a lavorare meglio, la valutazione è una parte che va un po' sperimentata.

17. I: E' stato possibile applicare gli strumenti che avete co-costruito per alcuni nuovi casi? Se si, come è andata?

A1: Ho provato su alcuni casi, durante la sperimentazione, ed è stato esplicitato quello che avevamo come implicito, è stato messo nero su bianco, ma non ancora per i nuovi casi, anche se la volontà di iniziare ad usarlo c'è. Ci sono stati dei cambiamenti organizzativi, nuovi psicologi, che hanno cominciato adesso a prendere in mano delle situazioni per cui c'è stato anche poco tempo per provare a prendere in mano lo strumento per i nuovi casi.

18. I: In generale, l'utilizzo degli strumenti che avete elaborato all'interno del percorso, quali vantaggi o eventuali rischi comportano nel suo modo di operare e nel suo rapporto con l'utente?

A1: Secondo me aiuta, perché avere le idee chiare sulla progettazione, aiuta a guardare le situazioni in modo più chiaro e più semplice, avendo già fatto un ragionamento prima, aiuta anche nel rapporto con l'utente, se si ha chiaro il significato del percorso che si sta facendo lo si riesce ad esplicitare in maniera più chiara anche all'utente e quindi a motivare il progetto proposto in modo più preciso.

19. I: Il percorso formativo e i nuovi strumenti elaborati per la gestione del servizio tutela minori, in che modo ha influito nella realizzazione e/o consolidamento di un sistema integrato di interventi sociali e socio sanitari nell'ambito della tutela minori?

A1: Questo era uno degli obiettivi, trovarsi dopo tanto tempo a discutere sui problemi è stato un bel passo avanti. Adesso, con gli ultimi cambiamenti organizzativi, ci sarà anche una maggior stabilità degli psicologi, infatti una grossa difficoltà, anche per l'integrazione, era il dover confrontarsi spesso con psicologi che cambiano.

A2: Da una parte è un punto di arrivo e dall'altra è un punto di partenza: era un obiettivo trovarsi insieme, operatori del comune e operatori asl per discutere sui problemi e per confrontarsi.

20. I: Analizzando sia la scheda per la progettazione individualizzata che le linee guida sembra emergere una nuova idea di integrazione, non tanto basata su una suddivisione statica di competenze, ma che si fonda sulla ricerca comune di un "pensiero progettuale" sul caso, dove dai problemi si individuano e si esplicitano le strategie, gli obiettivi, le azioni, ecc. Cosa ne pensa?

A2: Sicuramente è un pensiero di logica comune, nell'ottica di integrarsi e di condividere un pensiero, non come somma di prestazioni che deve fare l'assistente sociale e lo psicologo ma una prospettiva comune.

Allegato n. 7: “Intervista a n. 3 Psicologi del Nucleo Tutela Minori dell’ASL di Brescia”.

LEGENDA:

I = intervistatore
P1 = psicologo n. 1
P2 = psicologo n. 2
P3 = psicologo n. 3

- 1. I: A seguito del passaggio di competenze relative alla tutela dei minori con provvedimento della magistratura, avvenuto nel 2003, dall’ASL al Comune di Brescia, come si è strutturata l’organizzazione del servizio Tutela Minori all’interno dell’Ente, quali metodologie operative sono state costruite negli anni per garantire un’integrazione sociosanitaria nella presa in carico dei casi?**

P1: E’ rimasta uguale la presa in carico, nel senso che prevedeva due figure professionali, psicologo e assistente sociale, però appartenenti a due enti diversi, ASL e Comune quindi questo è stato un grosso cambiamento. Questa cosa però è stata facilitata perché alle assistenti sociali dell’ASL è stato chiesto se desideravano il comando al comune e poi sono state assunte, quindi di fatto poi sostanzialmente molte colleghe, nella fase iniziale, sono rimaste le stesse, quindi questo un po’ ha facilitato.

P2: Questo almeno per un paio d’anni perché poi c’è stato un tourn over molto alto e per noi questo ha facilitato, anche se questo passaggio è stato gestito in una maniera un po’ confusa... nel senso che questa organizzazione è avvenuta nel giro di poco tempo, quindi questo passaggio, non è stato molto preparato, organizzato. Tuttavia trovandoci a lavorare con le stesse colleghe, le metodologie di lavoro erano già consolidate, condivise.

P3: Erano assistenti sociali formate in asl insieme a noi e quindi passando in comune hanno trasferito la loro esperienza professionale e formativa, che era piuttosto ampia, infatti le due referenti centrali per la tutela minori ora in comune, prima erano in asl. Con questo passaggio si è cercato di costruire i primi protocolli d’intesa.

- 2. I: Prendendo come riferimento l’arco temporale degli ultimi tre anni (2009-2011), quali sono, secondo lei, i bisogni e le problematiche emergenti delle famiglie dei minori di cui vi occupate nell’ambito della Tutela Minori?**

P2: Maltrattamento, trascuratezza, abuso sessuale, quindi noi lavoriamo su una genitorialità fragile, e anche molto spesso su un rapporto di coppia pesantemente conflittuale, con un aumento delle separazioni conflittuali, sia a livello di Tribunale Minorenni che di Tribunale Ordinario. Noi lavoriamo più sulle problematiche che sui bisogni, perché quando arrivano qua è già molto visibile la problematica in quanto c’è già un mandato del Tribunale. Poi all’intero della problematica si possono vedere anche che bisogni ci sono nella famiglia. Il nostro approccio però è più psicologico, quindi lavoriamo di più su una riduzione del problema e una attivazione delle risorse.

P3: La problematica più emergente è quella delle famiglie straniere, in aumento come numero.

3. I: In riferimento ai cambiamenti sociali intervenuti e alla complessità delle situazioni che si presentano al servizio, la capacità progettuale dell'equipe integrata (assistente sociale-psicologo) come si è evoluta nel tempo e quali caratteristiche ha assunto?

P1: Secondo il mio punto di vista, rispetto a come si è evoluta nel tempo la capacità progettuale, sento che la distinzione tra i due enti è diventata molto più marcata, nel senso che appartenere a due enti diversi ha creato quasi una separazione, nel senso che è vero che con certi colleghi lavoriamo meglio e con altri un po' meno, però in linea di massima dal punto di vista personale e professionale, la progettualità è andata avanti un po' di pari passo, mentre rispetto a quello che è l'appartenenza al proprio ente penso che si sia marcata ancora di più questa distinzione: si sono create anche delle situazioni molto pratiche, ad esempio due relazioni differenziate da mandare al tribunale, equipe fatte tra noi psicologi e che loro assistenti sociali hanno fatto tra di loro e con i rispettivi responsabili, cioè un momento di incontro tra psicologi ASL e assistenti sociali del Comune c'è stato ben poco, quasi nullo.

P2: La capacità progettuale a mio avviso viaggia più sulla relazione personale e, lavorando da anni in questo ambito siamo tutti molto esperti, quindi lavoriamo su una capacità di linguaggio e di progettazione che è quasi "innata". E' da talmente tanto tempo che lavoriamo insieme e che ci siamo integrati naturalmente, più che in un percorso definito. E' anche vero che negli ultimi anni ci sono stati molti cambiamenti sia a livello di cornice che di contesto, per cui l'ASL si definisce in un modo e il Comune in un altro e quindi forse è nata più l'esigenza di definire meglio anche il progetto a livello istituzionale, per cui l'idea di arrivare al progetto individualizzato è proprio cosa recente. La capacità progettuale si è sempre costruita parlando e vedendosi, poi c'erano dei passaggi stabiliti anche dai protocolli e quando arrivava il primo decreto ci si incontrava con l'assistente sociale e già sapevamo da cosa dovevamo partire. Sul chi fa che cosa siamo sempre andati sempre in automatico. Nel tempo la differenza tra i due enti si è marcata sempre di più e c'è stata questa differenza tra la parte più progettuale e quella più operativa. Per cui a volte capita che la parte progettuale dell'ASL si deve incontrare con quella del Comune, per cui ci vogliono dei tempi anche burocratici abbastanza lunghi per arrivare ad una vera integrazione, ce la dobbiamo un po' costruire...Nel tempo è diventata più complessa questa integrazione.

P3: Prima di questo incontro di formazione non ci sono stati momenti di formazione comuni, quindi era da parecchio tempo che noi psicologi e gli assistenti sociali non ci trovavamo a confrontarci sulle stesse cose.

4. I: Quali strumenti utilizza solitamente nella progettazione e valutazione dei casi?

P1: Prima la progettazione si faceva ma non era sistematizzata in una scheda. Collaboriamo con altri servizi, Neuropsichiatria Infantile, ecc e con loro facciamo equipe, utilizziamo strumenti, come per esempio per la richiesta d'ingresso in comunità che solitamente però fa l'assistente sociale, anche se un tempo la facevamo anche noi. Per chiedere il Servizio Educativo Domiciliare anche lo psicologo fa una breve relazione a quel servizio per richiedere l'attivazione. Una scheda in cartella che riunisca tutti i concetti, non c'era.

P2: Sono gli strumenti che utilizza lo psicologo, quindi il colloquio psicologico, l'equipe, l'aspetto diagnostico, e adesso avremo anche il progetto individualizzato.

P3: Si progettava in modo automatico. Noi la maggior parte dei casi li gestiamo con le assistenti sociali ma poi collaboriamo anche con altri servizi, consultori, educatori della comunità, educatori dello spazio neutro, e con loro sono previsti dei momenti di verifica e lì vengono compilate delle schede, non sono schede psicologiche ma sono schede in cui vengono declinati gli obiettivi.

5. I: Il nuovo Protocollo d'Intesa tra ASL e Ambito n. 1 per la gestione del Servizio Tutela, secondo lei, che significato assume all'interno del processo di potenziamento dell'integrazione tra servizi e operatori che si occupano di tutela minori, previsto dal Piano Sociale di Zona?

P2: Siamo stati informati delle varie fasi del protocollo, ci siamo trovati con il Comune per vedere i vari punti. Prima è stata costruita una cornice istituzionale che prevedeva che venissero costruiti dei protocolli non solo a livello di tutela ma anche per altre aree (anziani, disabili, ecc) e poi questa cornice istituzionale è stata calata a livello di ogni servizio e alla fine dopo un lungo percorso, siamo arrivati alla costruzione di questo protocollo che prima di diventare operativo è rimasto in sospensione per parecchio tempo in attesa che i vari responsabili lo firmassero. Uno dei presupposti di questo protocollo era quello di fare un incontro congiunto tra operatori dell'ASL e del Comune, in quanto c'eravamo accorti che era passato tantissimo tempo e che l'integrazione tra psicologi e assistenti sociali era sempre venuta meno. C'era l'esigenza di confrontarsi e di parlarsi per questo è sorta l'idea del percorso formativo per definire in modo più organico e costruttivo quello che tutti i giorni capita nelle equipe integrata e questo è stato fatto attraverso la costruzione della Scheda, altrimenti il rischio è che si viaggia sulle parole e poi non rimane nessuna traccia.

P3: Quando è partito il percorso formativo il protocollo non era ancora attivo, c'era solo una bozza e noi non lo conoscevamo ancora.

6. I: Quando le è stato proposto di partecipare al percorso formativo sulla progettazione, quali aspettative aveva e con che motivazioni o perplessità ha intrapreso tale percorso?

P1: Io sono arrivata a corso iniziato, perché tornavo dalla maternità e quindi ho perso la parte iniziale che riguardava gli obiettivi del percorso. C'era già la prima bozza della scheda e si stavano un po' rivedendo alcune parti anche se ci si continuava a fermare e interrompere perché emergevano problemi molto più grossi rispetto alla scheda. Io quindi non avevo aspettative particolari. Ho fatto fatica a dare il giusto significato perché da una parte mi era stato spiegato perché ero lì e a che cosa serviva questo corso, e dall'altra però sono arrivata in un momento in cui si stava guardando la prima bozza della scheda che però presentava molte criticità, sentivo che la direzione che stava prendendo questo lavoro non era soddisfacente per quasi nessuno dei colleghi che era lì e che aveva partecipato alle lezioni precedenti. La contraddizione che vivevo io era: avevano creato la scheda, in base a delle riflessioni fatte nelle lezioni precedenti ma allo stesso tempo la criticavano, forse perché non sentivano fino in fondo che questo era lo strumento giusto ed adeguato per risolvere i problemi emersi durante le lezioni.

P2: Lo strumento inoltre appare poco agevole nell'utilizzo quotidiano, proprio perché ci portiamo dietro un retaggio di tutti questi problemi. Dal punto di vista tecnico sicuramente dà la possibilità di fermarsi e pensare al caso e scrivere nero su bianco quale parte ognuno di loro mette, quindi è sicuramente utile tecnicamente, ma operativamente è molto faticoso.

P3: Per queste difficoltà che emergevano durante il corso si è deciso di stendere le Linee Guida. Io forse avevo aspettative troppo alte, nel senso che ho detto "finalmente ci possiamo confrontare tutti insieme e portare quali sono le difficoltà, trovare delle soluzioni". L'obiettivo era costruire il progetto individualizzato e lavorare su quello, in realtà, siccome era da tempo che non avevamo questi momenti in cui potevamo dirci tutte le cose, sono uscite una serie di problematiche che erano rimaste in sospeso, soprattutto il rapporto con altri servizi, il rapporto con il tribunale (c'è bisogno per esempio ridefinire le prassi), con la Neuropsichiatria Infantile, c'è un problema che riguarda la co-gestione dei casi, i rapporti con il servizio per le alcoldipendenze, ecc e quindi è stato deciso di allegare anche delle Linee Guida. Si è arrivati a costruire la scheda ma tutte le problematiche che stanno dietro alla gestione dei casi ci sono ancora. Le prassi quindi ce le dobbiamo gestire con la collega e con gli altri servizi ce le gestiamo man mano. Ragionare sugli obiettivi, le risorse, gli strumenti, secondo me è stato più semplice, ma la parte più difficile, dove siamo più incapaci è stata

quella della valutazione ma non ci siamo soffermati molto... valutare le situazioni in tutela è molto difficile perché spesso si è in un ambito di cronicità.

7. I: Il confronto tra le due culture organizzative (ASL e Comune) e tra le due culture professionali (assistenti sociali e psicologi) e la de-costruzione delle rispettive visioni e modalità di lavoro finalizzate alla co-costruzione di nuovi strumenti di progettazione, che cosa le ha permesso di “vedere” del suo lavoro e cosa ha prodotto in termini di nuove conoscenze?

P1: Costruire questa scheda mi è servita per vedere quali erano le difficoltà, criticità che c'erano da tanto tempo e che tutti conoscevano ma che per la prima volta venivano evidenziate davanti a tutti, quindi non tanto un modo nuovo per lavorare insieme.

P2: Apprendimenti nuovi faccio fatica a vederli.. abbiamo sistematizzato, non mi sembra di fare niente di diverso da quello che facevo prima, devo metterlo in una cornice co-condivisa. Poteva essere interessante vedere se si poteva co-costruire delle prassi operative. Questo è uno strumento di progettazione che permette di mettere nero su bianco le cose di cui parlo con l'assistente sociale e mi permette di andarle a vedere a distanza di tempo e a modificare il nostro tipo di intervento, ma non mi sembra che mi porti a vedere cose nuove o a progettare in modo diverso.

P3: Sono passaggi che già facevamo prima, solo che sono sistematizzato su una scheda.

8. I: Nella costruzione degli strumenti, quindi la Scheda sulla Progettazione Individualizzata dei casi e le Linee Guida, quali sono state le aree di maggior dibattito, in cui la “contaminazione” tra teoria e prassi è stata più complessa?

P1: Dare il giusto spazio a tutte le problematiche della nostra casistica, riassunte in una scheda ha richiesto del tempo.

P2: Le aree di maggior dibattito sono state le difficoltà con cui ci confrontiamo tutti i giorni, che sono la scarsità di risorse, una casistica particolarmente impegnativa e che rimane in carico per lungo tempo. La scheda dovrebbe essere uno strumento che ti aiuta e ti facilita il lavoro e questo faccio un po' fatica a vederlo. Anche per i fattori di rischio e fattori di protezione, era difficile individuare un linguaggio omogeneo, così siamo andati a prendere una classificazione che noi avevamo così riuscivamo ad intenderci su un linguaggio comune. Un'altra difficoltà ad esempio riguarda il cambiamento auspicato e il cambiamento possibile: devi avere bene in testa che cosa intendi per l'uno e per l'altro

P3: Dovrebbe essere uno strumento che qualsiasi operatore legge e riesce ad interpretare, invece è capitato che operatori che non hanno preso parte al percorso fossero in difficoltà a capire che cosa si chiedeva, quindi oltre a richiedere molto tempo per la compilazione, non è immediato (es. per i criteri). Per quanto riguarda il cambiamento auspicato e il possibile, forse era legato a quel momento lì, nel senso che essendo oberati si è deciso di mettere le due opzioni per far emergere quello che si auspicherebbe, se si avesse più tempo, più risorse.

9. I: Nella fase di analisi del problema, quali sono i fattori che possono aiutare l'assistente sociale e lo psicologo a convergere sulla visione del problema?

P2: Lo psicologo avrà la sua idea su quella storia, su quel caso e l'assistente sociale avrà la sua e ricercherà di metterla giù insieme in quella scheda lì, si cerca di mediare, ma non mi sembra che ci siano grosse divergenze

P3: Solitamente si arriva ad una modalità condivisa.

10. I: Con che modalità viene condiviso il progetto individualizzato con la famiglia e il minore, in particolare quando si è in presenza di una negazione o non condivisione del problema da parte della famiglia?

P1: Se c'è una negazione c'è anche una non condivisione del problema, quindi noi facciamo una proposta al Tribunale e se viene accolta poi facciamo l'intervento. Secondo me la scheda ha solo sistematizzato qualcosa che noi già siamo abituati a fare quindi non ha rilevanza sull'esplicitare meglio ad esempio i contenuti del progetto alla famiglia.

P3: La ricerca della condivisione del problema con la famiglia lo faremmo comunque anche senza la scheda.

11. I: E' prevista una forma di condivisione del progetto individualizzato con altri soggetti, in particolare con altri servizi specialistici, con la comunità di accoglienza o con la famiglia affidataria?

P1: Lo facciamo comunque indipendentemente dalla scheda, comunque condividiamo l'indirizzo del progetto con altri servizi, come ad esempio il Ser.t, la Neuropsichiatria Infantile, ecc.

12. I: Nella definizione della strategia d'intervento in base a quali elementi viene ipotizzato il cambiamento auspicato e il cambiamento possibile?

P2: Gli elementi sono quelli interni, i colloqui con la famiglia, ecc, li trovo in base alla mia professionalità, non li trovo nella scheda...

P3: Anche in base al percorso che puoi fare con questo nucleo familiare, per esempio se c'è la possibilità di portarli ad una consapevolezza perché hanno delle risorse, quindi il cambiamento è auspicato ma è anche possibile, se invece ho una famiglia che viaggia solo sulla negazione avrò un cambiamento che è solo auspicato ma non è possibile.

13. I: L'équipe come si comporta nel caso in cui la strategia d'intervento individuata non fosse in linea con il mandato del Tribunale?

P1: Lo comunichiamo al tribunale e facciamo una proposta e rimaniamo in attesa di una risposta

P2: La strategia d'intervento quindi spesso rispecchia il mandato del Tribunale.

P3: Ti devi adeguare rispetto al decreto del Tribunale e si vede come va, se non va bene e si fa una proposta al Tribunale e si vede se la accoglie. Sicuramente non possiamo scavalcare quanto disposto dal Tribunale.

14. I: La definizione del progetto individualizzato, in forma scritta, con obiettivi, azioni, risorse e tempi, che utilità può avere rispetto alle modalità tradizionali di progettazione in uso dalle equipe integrate?

P1: Sistematizzare le modalità operative consolidate nel tempo.

15. I: La definizione di un disegno di valutazione del progetto che vantaggi e criticità comporta nella prassi operativa del suo lavoro?

P1: Io vedrei meglio per come siamo organizzati noi una scheda su un solo foglio, dove compare il nome, con delle caselle, con delle parole chiave, dove si individua la situazione di massima, dove non devi fare come un questionario ogni volta, perché altrimenti diventa molto pesante. Servirebbe una scheda che ti costringe comunque seduta con il collega a riflettere sul caso, però dove la grafica è molto più immediata, anche l'impaginazione. Una scheda che riassume le categorie, gli indicatori.

P2: Tecnicamente l'idea di una scheda di valutazione è valida, ma va calata nella realtà nella realtà dei problemi che tutti i giorni gli operatori si trovano ad affrontare. Va bene arrivare ad un'idea comune su un progetto, bisogna che questo diventi uno strumento più fluido, più agevole. È una fatica mentale che non possiamo permetterci...Anche per la consultabilità delle cartelle degli utenti, si farebbe prima con uno strumento più immediato, altrimenti leggo le relazioni e ci impiego meno tempo.

P3: Per me ha il vantaggio di creare uno spazio di pensiero con il collega assistente sociale, ti costringe un po' a prendertelo questo tempo, mentre da anni siamo abituati, per mancanza di tempo, ecc a fare tutte queste cose in modo automatico, tra un corridoio, parlando velocemente con il collega, ecc.

16. I: E' stato possibile applicare gli strumenti che avete co-costruito per alcuni nuovi casi? Se si, come è andata?

P1: Io ne ho fatte due durante il corso e cinque con il collega assistente sociale. Avevamo ragionato molto sul caso, erano abbastanza condivisi e quindi quando siamo andati a compilare la scheda è andata abbastanza velocemente però faccio fatica ad immaginarmi su ogni caso nuovo

P2: Io ne ho compilate alcune con delle assistenti sociali che non avevano fatto il percorso formativo e quindi la voce parlante ero io, è stato molto veloce.

17. I: In generale, l'utilizzo degli strumenti che avete elaborato all'interno del percorso, quali vantaggi o eventuali rischi comportano nel suo modo di operare e nel suo rapporto con l'utente?

P1: Ne vantaggi né rischi, è proprio uno strumento interno nostro

P2: E' uno strumento interno che non abbiamo ancora interiorizzato

18. I: Il percorso formativo e i nuovi strumenti elaborati per la gestione del servizio tutela minori, in che modo ha influito nella realizzazione e/o consolidamento di un sistema integrato di interventi sociali e socio sanitari nell'ambito della tutela minori?

P1: Le Responsabile non hanno organizzato un nuovo incontro di supervisione comune, ma credo sia in programma.

19. I: Analizzando sia la scheda per la progettazione individualizzata che le linee guida sembra emergere una nuova idea di integrazione, non tanto basata su una suddivisione statica di competenze, ma che si fonda sulla ricerca comune di un "pensiero progettuale" sul caso, dove dai problemi si individuano e si esplicitano le strategie, gli obiettivi, le azioni, ecc. Cosa ne pensa?

P2: Diciamo che tutti gli operatori, sia psicologi che assistenti sociali, abbiamo un pensiero progettuale e la scheda sicuramente non ha contribuito ad ampliarlo, rinnovarlo. Se non avessimo un pensiero progettuale in tutela andremmo poco lontano...Il punto di forza di questo lavoro ASL e Comune era proprio il fatto che la strada dell'integrazione si è sempre cercata.

P3: C'era il problema che non ci hanno mai permesso di fare una formazione comune e la formazione presuppone anche il potersi confrontare su quello che fai, ma noi non ci siamo mai trovati ad avere il problema di trovare un punto d'integrazione perché si lavora su binari paralleli. Noi abbiamo sempre lavorato con questo punto di vista, noi il problema dell'integrazione non ce l'abbiamo mai avuto, abbiamo sempre lavorato in integrazione.

Allegato n. 8: “Intervista alla Dr.ssa Cecilia Guidetti dell’Area “Progettazione Valutazione dei servizi sociali” dell’Istituto di Ricerca Sociale di Milano”.

LEGENDA:

I = intervistatore

F = formatrice

1. I: Quali sono i soggetti istituzionali e/o politici che hanno promosso e richiesto la vostra consulenza e accompagnamento, nel percorso formativo rivolto agli psicologi dell’ASL di Brescia e agli assistenti sociali dell’Ambito n. 1?

F: La richiesta ci è arrivata dal Comune di Brescia e dall’ASL, nel senso che Comune e ASL erano già partiti con un protocollo d’intesa rispetto alla tutela minori all’interno del quale era prevista una rivisitazione della progettazione individualizzata e la creazione di una griglia, di uno strumento che consentisse alle varie equipe miste, assistenti sociali e psicologi, di lavorare con uno strumento specifico, quindi ci hanno fatto questa richiesta, sono passati a livello organizzativo al Consorzio dei Comuni di Brescia che gestisce tutta la formazione e che ha messo a disposizione le strutture e l’organizzazione, però la richiesta proveniva proprio dall’ASL e Comune insieme con l’idea che fosse un percorso formativo sulla progettazione ma contemporaneamente potesse accompagnarli in forma proprio laboratoriale nella creazione di questo strumento e nella sua sperimentazione. Quindi non era l’idea di una formazione tout court a livello teorico ma c’era l’intenzione di utilizzare queste giornate formative di questo gruppo per riuscire a costruire e ad accompagnare la sperimentazione. L’idea iniziale era che questo percorso potesse co- costruire lo strumento per poter fare poi una valutazione della sperimentazione, di come era andato il suo utilizzo.

2. I: Il percorso formativo che lei e il dott. De Ambrogio avete condotto, all’interno dell’area “Progettazione Valutazione dei servizi sociali” dell’Irs, da quale bisogno formativo, espresso dalla committenza, ha avuto impulso e quali sono stati i punti di interesse che vi hanno portato ad accettare tale richiesta di consulenza?

F: Il bisogno formativo riguardava proprio la progettazione e la valutazione, dove per progettazione abbiamo inserito all’interno di tutta la scheda di progettazione, tutto il tema della valutazione e dell’osservazione del caso, la parte iniziale, che gli assistenti sociali devono fare nel momento in cui il caso gli viene assegnato e per valutazione si intendeva invece una valutazione dell’utilizzo della scheda, quindi erano questi un po’ i due temi, questo era il bisogno formativo esplicitato. Quello un po’ meno esplicito ma che poi è emerso subito già dal primo incontro era quello di creare uno spazio di formazione condiviso tra psicologi e assistenti sociali che da diverso tempo non avevano più spazi di riflessione e condivisione insieme, nel senso che ogni equipe lavorava insieme, quindi psicologi e assistenti sociali, ma non erano previsti momenti di condivisione in cui tutte le equipe si riuniscono insieme e hanno un momento formativo di riflessione, di supervisione, quindi sicuramente anche questo è un altro bisogno formativo molto forte, la necessità di fermarsi e pensare rispetto a quello che si sta facendo e farlo tutti insieme, in modo condiviso rispetto all’operato di tutte e due gli enti contemporaneamente. Con il ritiro delle deleghe dall’ASL, il Comune si è riappropriato delle funzioni di tutela e quindi sicuramente si tratta di passaggi che spesso se non accompagnati da uno spazio di supervisione rischiano di essere molto complicati da vivere per gli operatori e quindi questa è stata un’occasione anche per mettere tutti attorno a un

tavolo a ripensare anche un po' all'operato a come si erano costruite le prassi di collaborazione tra ASL e Comune.

3. I: Il bisogno formativo espresso dalla committenza, rispecchiava effettivamente quello dei singoli professionisti?

F: A me sembra che i singoli professionisti che sono stati coinvolti fossero molto motivati a questa seconda parte che le dicevo, quindi rispetto a questa possibilità di fermarsi, avere uno spazio, un momento di arresto dell'attività per tutti e di confronto con i colleghi. Questa sicuramente era una necessità molto forte ed è stato sicuramente riconosciuto come valore di questa esperienza. Per quanto riguarda il tema della progettazione individualizzata non so quanto fosse condivisa effettivamente da tutti...sicuramente c'è stato un lavoro preparatorio, a questo, più forte all'interno del Comune piuttosto che dell'ASL, quindi degli assistenti sociali piuttosto che degli psicologi, quindi anche il coinvolgimento è stato un po' diverso, perché alcuni di questi professionisti erano già stati coinvolti nella stesura di questo protocollo d'intesa, avevano fatto parte di un gruppo ristretto di lavoro che era arrivato a ideare questo percorso formativo, quindi aveva ben presente perché si era arrivati a pensare a un corso formativo sulla progettazione individualizzata. Altri professionisti sono stati coinvolti un po' all'ultimo momento (non avevano preso parte alla stesura del protocollo), erano anche quei professionisti che erano stati assunti o comunque chiamati da poco tempo a collaborare con l'ASL o con il Comune, liberi professionisti con un numero di ore molto basso, quindi un gruppo già molto eterogeneo al suo interno, inoltre alcune di queste persone avevano ragionato e fatto un percorso di pensiero e riflessione su come poter far funzionare meglio l'unione tra l'ASL e il Comune, quindi tra gli psicologi e gli assistenti sociali, mentre altri si sono trovati a partecipare a questo percorso senza avere una motivazione specifica rispetto alla creazione di Linee Guida e di una Scheda per la Progettazione Individualizzata. Sicuramente il bisogno evidente riconosciuto era quello di avere un momento di confronto.

4. I: Nella diversa motivazione può contare anche la diversa appartenenza professionale delle due figure?

F: Sì nel senso che c'è una connessione tra l'appartenenza professionale e il tipo di organizzazione di appartenenza, nel senso che, da quanto ho percepito io dall'esterno, una delle questioni grosse per gli psicologi legata all'essere dentro un'organizzazione molto grande, molto poco semplificata nei passaggi tra l'unità di tutela, il Direttore Sociale, e il Direttore Generale, quindi un'organizzazione un po' macchinosa, all'interno della quale ci si sente abbastanza legati, con poca possibilità di intervento, mentre per gli assistenti sociali questa percezione c'era molto meno e c'era più l'idea di essere dentro un'organizzazione che in qualche modo poteva essere modificata, in cui si poteva andare a ragionare sull'organizzazione dei tempi delle persone per esempio, mentre gli psicologi, un po' per il numero di ore disponibili, che effettivamente erano molto poche, un po' per questa scarsa abitudine a mettere in discussione le prassi d'intervento con la propria organizzazione, quindi un po' più rigido e secondo me era un po' connesso a questo la diversa visione sulla formazione. Alle assistenti sociali, anche attraverso una scheda di questo genere, sembrava più possibile almeno provare a sperimentarla, mentre tendenzialmente per gli psicologi questo sembrava molto più complicato, molto più difficile.

5. I: Il gruppo a cui era destinata la formazione che caratteristiche presentava dal punto di vista del livello di integrazione delle specifiche culture organizzative, degli approcci, delle metodologie e dei linguaggi professionali utilizzati?

F: La prima cosa che a me ha colpito molto è stata il primo giorno in cui con loro ho tentato di ricostruire tramite una flow-chart, sostanzialmente le fasi di intervento per servizio, dal momento in

cui veniva segnalato un caso al momento in cui veniva presso in carico, le relazioni con il Tribunale, e così via. Era una cosa che a me serviva per riuscire poi a costruire, effettivamente a proporre una scheda base da cui partire per capire come funziona dal momento in cui arriva una segnalazione, chi interviene, che cosa fa, con chi si relaziona, quali altri servizi attiva, ecc e nel momento in cui ho messo il gruppo davanti a questa domanda la cosa interessante è che c'è stata molta confusione rispetto a che cosa si faceva, con spesso una grossa contraddizione con quanto veniva detto dagli assistenti sociali e quanto dagli psicologi. Quindi questo, già inizialmente, ha mostrato che i due gruppi sono poco abituati a confrontarsi a livello di gruppi, ma il confronto avviene sempre tra singoli professionisti, non tra tutto il gruppo ASL e tutto il gruppo del Comune. Facevano una gran fatica ricostruire il loro modo di lavorare per visioni diverse, un modo diverso di chiamare le cose, un linguaggio molto poco comune. Quindi tanto del lavoro che abbiamo fatto noi è stato rivolto proprio a questo, cioè andare a cercare di ricostruire con loro come lavoravano, come chiamavano le cose, per mettere una base da cui partire. Due culture organizzative che si trovano poi nello specifico a mettere dei professionisti a lavorare insieme stabilmente, perché poi su ogni caso nella loro organizzazione c'è sempre uno psicologo e un assistente sociale. Quello che emergeva era che c'era tanta variabilità rispetto alle possibilità di agire, di intervento e che molto contava su queste differenze che venivano fuori anche il tourn over degli psicologi, c'era un problema di sott'organico, quindi con la necessità poi di chiamare dei professionisti ad hoc, in libera professione, ma solo per un certo periodo e poi venivano cambiati, ne subentravano altri, quindi con grosse difficoltà a costruire un gruppo stabile. Questo significa anche per gli assistenti sociali doversi confrontare con psicologi che continuano a cambiare, diventa molto difficile costruire delle prassi lavorative.

6. I: Quale approccio metodologico è stato scelto nel processo formativo che ha portato alla costruzione degli strumenti professionali condivisi dagli assistenti sociali e dagli psicologi dei due enti e che vantaggi sono stati evidenziati nel suo utilizzo?

F: Il metodo scelto è stato in primo luogo fermarsi a pensare e a condividere un linguaggio comune, quindi partire da quello che loro fanno quotidianamente nel loro lavoro, riuscire ad esplicitare tutti i passaggi, anche quelli che solitamente rimangono sottintesi, quindi esplicitare tutto e darsi delle terminologie condivise rispetto al loro lavoro ma anche rispetto a quello che si stava proponendo, quindi rispetto al tema della progettazione della valutazione, in modo da darsi un quadro teorico condiviso e comune. Dopodiché il metodo che noi abbiamo seguito è stato quello di partire da casi portati da loro, quindi abbiamo scelto di chiedere a loro di portare degli esempi di casi sui quali provare ad applicare un lavoro di progettazione e provare a capire come funzionava la progettazione, quindi come era funzionata nei loro casi, quindi partire dall'analisi dei problemi, l'individuazione delle strategie di miglioramento, messa in opera dell'intervento e valutazione, provare a capire in questi casi come era stato realizzato e come si sarebbe potuto fare meglio. In questo modo siamo riusciti a fare emergere da una parte la scheda, quindi a strutturare un po' quali tipi di informazioni per esempio che vengono raccolte nell'analisi dei casi, nella valutazione, quali sono i soggetti che vengono interpellati, che tipo di documentazione viene chiesta e così via, e dall'altra stendere delle linee guida utili all'utilizzo di questa scheda. E' stato quindi usato un metodo partecipato perché l'idea è stata proprio quella che non si poteva, una volta avviato il percorso, arrivare a proporre una scheda già pronta, non avrebbe avuto senso, c'erano già tante resistenze verso il suo utilizzo, rispetto al tempo da dedicarci, ecc, ma l'unica cosa utile da fare era riuscire a costruire una scheda proprio sulla base di quello che loro effettivamente già facevano, quindi che fosse una scheda che li aiutasse a codificare azioni che già loro raccoglievano. Quello che noi abbiamo notato è che non è che ci fosse un lavoro fatto male rispetto alla raccolta e all'utilizzo delle informazioni, ma che mancasse un momento di codifica di queste informazioni. La progettazione veniva gestita in modo meno esplicito per cui ad esempio, tutta l'analisi del caso, la valutazione del caso e quindi poi il passaggio dall'osservazione all'individuazione degli obiettivi

veniva un po' sottintesa nelle relazioni che venivano poi inviate al Tribunale. C'erano le relazioni, ma sempre in forma poco immediata, poco strutturata e meno comprensibile, per cui anche nelle relazioni alcuni mettevano più in evidenza determinate caratteristiche, per esempio alcuni si spingevano molto di più a descrivere il caso, mentre altri più a ragionare sugli obiettivi però senza spiegare perché si erano scelti determinati obiettivi. L'idea di questa scheda che abbiamo costruito con loro invece era quella di mettere in fila tutte le informazioni sul caso a partire dall'osservazione che ne era stata fatta, l'individuazione degli obiettivi, dagli obiettivi pensare alle strategie, dalle strategie alle azioni, e successivamente impostare un disegno di valutazione che è proprio il metodo della progettazione complessiva, nel senso che da un'analisi dei bisogni si arriva ad individuare delle azioni, delle modalità d'intervento, facendo in modo che tutti questi passaggi logici siano esplicitati proprio perché condivisi tra persone diverse, altrimenti il rischio che si vede è sempre quello che alcune informazioni siano condivise, altre invece siano implicite e non vengano poi esplicitate all'interno delle equipe e questo rischia di creare dei gap di informazione tra un professionista e l'altro che deve intervenire.

7. I: In qualità di consulente formativo, quali erano secondo lei, al momento di partenza, le maggiori criticità e punti di forza di questo gruppo di professionisti e dei rispettivi enti di appartenenza, nella gestione del servizio tutela minori?

F: Quello che io ho notato nei due enti di appartenenza è un gruppo di professionisti molto motivato, molto desideroso di avere anche uno spazio di riflessione rispetto al proprio lavoro, sicuramente molto qualificato, perché anche le riflessioni che sono emerse durante il percorso formativo sono state molto interessanti, sicuramente un gruppo un po' in crisi rispetto alla residualità che la tutela minori sta prendendo all'interno degli enti, sia a livello di risorse che di importanza che viene data al lavoro svolto e quindi anche un po' demotivati rispetto alle possibilità di un cambiamento. Più forte questa caratteristica nell'ASL, negli assistenti sociali vedevo ancora un pochino di energie rispetto alla possibilità di cambiare, di trovare una modalità nuova di cambiare, mentre negli psicologi molto meno. In generale un gruppo che sarebbe stato motivato ad intervenire bene e ad intervenire meglio, ma un po' provato dai cali di risorse, dai carichi di lavoro che un po' li schiacciavano sul livello operativo, per cui ogni giornata di formazione iniziava con una mezz'ora di "sfogo", nella quale si continuava a tornare sul senso di andare ad intervenire in un'ottica migliorativa nel momento in cui le condizioni di lavoro erano così poco adeguate rispetto alle necessità. Quindi sicuramente un contesto complicato, per quanto poi le singole persone mostravano interesse e voglia di partecipare.

8. I: Quali apprendimenti, metodologie professionali innovative e quali ipotesi insature, quindi meno definite rispetto ai saperi sedimentati nella cultura organizzativa dei due enti, si sono sviluppati durante il percorso svolto con gli assistenti sociali e gli psicologi?

F: Il maggiore apprendimento che è rimasto, dal mio punto di vista, è stato il dare struttura ed esplicitare bene le pratiche di intervento che vengono realizzate, al di là dello strumento specifico, delle linee guida. Credo che principalmente sia servito a dargli l'idea che un confronto tra di loro, un confronto stabile e una riflessione continua rispetto al come si interviene possa essere utile per dare un inquadramento maggiore e quindi una maggiore oggettività a quello che si fa, ovvero che l'intervento del singolo professionista, assistente sociale o psicologo, nelle loro diverse funzioni siano sempre connesse a un metodo utilizzato dall'ente nella sua interezza. Credo che sia importante perché si tratta di un ambito di lavoro complicato, nel quale la sensazione di sentirsi persi, inadatti al ruolo che si deve avere, sia molto frequente e quindi il fatto di fare questo confronto dandosi un'organizzazione del lavoro, ognuno con la sua specificità, penso sia una delle cose più importanti che siamo riusciti a portare a casa. Era importante dirsi determinate cose, dirsi

come si sta intervenendo e darsi un po' di struttura anche rispetto all'integrazione tra questi due enti che devono lavorare insieme. L'aver esplicitato che tipo di informazioni si cercano, come si definiscono gli obiettivi, che tipo di soggetti vengono coinvolti, sia stato comunque utile per loro e che possa quindi diventare una prassi condivisa di lavoro. Quello che è evidente è che o funziona così o non può funzionare. Sicuramente non possono essere i responsabili ad imporre uno strumento, una modifica delle pratiche di intervento, l'imposizione non funziona, soprattutto se si tratta di modificare il modo in cui uno lavora, mentre da qualche singolo professionista che ha più energia che si sente meno schiacciato in quello che fa e che prova a sperimentarsi in questi nuovi strumenti, può darsi che gli sia rimasto come apprendimento o come valore aggiunto da questa esperienza, da questo lavoro di riflessione condivisa che comunque è stato fatto e che credo sia stato arricchente per tutti.

9. I: Potrebbe descrivere le fasi del percorso formativo e quali strumenti sono stati utilizzati per arrivare alla produzione delle Linee Guida per la gestione del servizio tutela minori con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e della scheda di progettazione individualizzata dei casi?

F: Prima un lavoro sul linguaggio comune, cosa intendiamo per progettazione, cosa intendiamo per valutazione, come si redige un progetto partendo proprio dalla progettazione non sul caso ma dalla costruzione di progetti e provando poi ad applicare questa teoria che è stata presentata e a leggerla attraverso dei casi portati da loro. Questo è stato molto funzionale, nel senso che ha portato molto coinvolgimento per il fatto di presentare, di portare dei propri casi e soprattutto ha portato la teoria della progettazione vicina a quello che si fa, perché si stava proponendo un riordino di quello che viene realizzato, ma non di fare cose completamente diverse, perché comunque la progettazione viene fatta da queste equipe. Quindi: linguaggio comune, teoria sulla progettazione, analisi di caso attraverso questa progettazione e individuazione delle possibilità di miglioramento rispetto alla progettazione, stesura della scheda in una prima versione, che poi è stata rivista con loro, una volta sistemata gliela abbiamo portata e hanno provato a compilarla in base ai casi portati da loro e sulla base di questa compilazione sono state apportate ulteriori modifiche. Sono state fatte quindi più versioni di questa scheda: una prima versione molto ipotetica, che poi è stata valicata è stata cambiata, gli è stata riproposta, hanno provato a compilarla, hanno proposto delle altre modifiche e quindi gli è stata riproposta un'altra volta con le modifiche che avevano individuata loro per validarla definitivamente. Ugualmente per le linee guida: sono state stese in una prima versione, poi viste insieme, modificate e poi riscritte. In questo modo tutti si sono sentiti partecipi di questa cosa perché hanno provato a sperimentarla direttamente, questa sperimentazione ha portato per alcuni entusiasmo e voglia di metterla in pratica, per altri un gran spavento rispetto al tempo da dedicare. Alcune sperimentazioni sono state fatte: gli abbiamo dato un tempo, gli abbiamo detto di mandargli la scheda compilata, per poi poterne parlare insieme in aula.

10. I: Come può fare un professionista superare questa difficoltà nell'applicazione a vederne gli esiti positivi, affinché venga visto come uno strumento utile?

F: Partire da casi nuovi: è più difficile mettere in fila tutte queste informazioni accumulate da anni, obiettivi che si sono modificati, documentazione acquista negli anni, per i casi già in carico da tempo, mentre partendo da casi nuovi è più semplice perché si prende in mano lo strumento dall'inizio.

Un'altra cosa, che credo sia la difficoltà maggiore e che siamo tornati più volte su questa cosa, è che questo va visto come uno strumento molto dinamico. Non è che dopo il primo incontro, la prima segnalazione, il primo colloquio sia tutto da compilare, è più uno strumento che deve accompagnare nel tempo e che quindi possa essere compilato pian piano nel momento in cui le cose emergono. Infatti sarebbe molto più adeguato, anche se non è molto nella prassi delle assistenti sociali, come

strumento informatico piuttosto che cartaceo, perché il fatto di compilarlo e poi stamparlo, ecc, lo rende più statico, invece informatico lo rende sempre a disposizione da modificare e aiuta a togliere un po' il carico in quanto non deve essere compilato tutto subito, ma si possono tenere delle parti da compilare più avanti. Un'altra cosa che potrebbe facilitare ma che è più complicata perché rischia di essere ancora più stringente, è quella di codificare ancora di più le informazioni, ad esempio nel punto 1.2 della scheda abbiamo già cercato di individuare quali potrebbero essere i soggetti da contattare, quanto più si riesce a fare questo lavoro, tanto più diventano caselline da barrare e non pezzi da scrivere, solo che questo richiede tempo ulteriore: ad esempio nella parte 2.1 "il problema e le risorse" si potrebbe provare ad esplicitare i maggiori fattori di rischio e di protezione che si incontrano nei casi in modo che così uno possa barrare delle caselle, quindi delle opzioni da scegliere e poi magari aggiungere una nota.

Una cosa sulla quale abbiamo trovato molta resistenza è stata la valutazione sul progetto: abbiamo proposto il metodo di valutazione che noi di solito utilizziamo nella valutazione dei progetti, quindi l'individuazione di criteri, indicatori, delle fonti informative, per verificare se effettivamente le azioni proposte funzionano o non funzionano e su questo il fatto di esplicitare i criteri, gli indicatori, quindi che cosa mi dice che il mio intervento sta funzionando e cosa no, ha incontrato molte difficoltà e resistenze perché le prassi di valutazione che loro avevano erano un confronto tra psicologi e assistenti sociali, magari con i loro coordinatori, rispetto all'andamento del progetto, però difficilmente esplicitando i criteri, meno oggettivo e meno attento al dirsi "perché sto dicendo che va bene o che va male", mentre questo era il tentativo di andarlo a mettere proprio per iscritto, anche prima di andare a fare la valutazione, per esempio nel momento in cui io ipotizzo che un obiettivo di miglioramento sia che il bambino, per ipotesi, migliori l'integrazione scolastica, allora il mio criterio di successo sarà per esempio la diminuzione del numero di assenze, e il fatto di dirselo e di scriverlo aiuta molto a fare una lettura che sia meno soggettiva dell'andamento del progetto, però questo è un passaggio ulteriore, ancora di più complicato della progettazione. In tutto questo tanto aiuta l'abitudine, la sperimentazione e l'utilizzo, il confrontarsi continuamente con questi progetti e la possibilità di modificarli nel momento in cui non ci si trova dentro. E' chiaro che se uno strumento del genere ti fa sentire troppo legato a inserire delle informazioni che non ti interessano, che non sono rilevanti, poi diventa inutile. Invece, è importante avere la possibilità di dirsi "questo è uno schema base, dopodiché nel momento in cui non mi interessa individuare questa parte non la scrivo, non la riempio, e non succede niente". Questo richiede un cambio di prospettiva, nell'idea di riuscire a codificare le informazioni e i pensieri che si hanno.

11. I: Ci può essere anche qua una differenza tra le due figure professionali visto che ad esempio gli psicologi hanno più dimestichezza nell'utilizzo di strumenti di valutazione, quali ad esempio i test?

F: Sicuramente gli psicologi hanno più facilità al tipo di codifiche proposte, allo strumento, dall'altro però sono sui casi molto meno tempo rispetto agli assistenti sociali e questo crea un ostacolo dall'altra parte. Tuttavia per gli assistenti sociali questi strumenti sono molto distanti, proprio per cultura professionale (es. relazioni al Tribunale quasi in forma di tema, non per punti, dove non si ha bene in evidenza quali sono i punti importanti e perché da quella osservazione sto proponendo quel dato intervento/azione). Nel momento in cui si ha una scheda come questa anche redigere la relazione al Tribunale diventa più semplice, più snello, si ha già tutto il materiale, una traccia per metterlo poi in una forma più comprensibile.

12. I: Nella elaborazione delle Linee guida e della scheda di progettazione individualizzata dei casi, quali sono state le aree che hanno suscitato maggior dibattito e spazio di negoziazione tra i professionisti e perchè?

F: Sicuramente il disegno di valutazione, il più discusso. E' andata abbastanza liscia la parte dell'osservazione, l'altra parte più controversa è stata quella relativa ai problemi e le risorse, l'individuazione dei fattori di rischio e fattori di protezione, quali risorse sono a disposizione all'interno della rete della persona, quali servizi, su questo è stato un po' più complicato trovarsi, anche se poi attraverso questa tabella (pag. 6) c'è stata maggiore condivisione. La strategia d'intervento (pag.8), anche qui ci è voluto un po' per riuscire a trovare un accordo anche su questo. L'idea di questa proposta era proprio di dirsi a partire dall'osservazione che ho fatto, a partire dall'individuazione dei problemi e delle risorse, dico che quello che desidererei, è stata alla fine una scelta del gruppo di prevedere il cambiamento auspicato, nel senso che immagino, desidererei per quel bambino e per la sua famiglia una serie di miglioramenti, mi rendo conto poi che quello possibile su cui io posso intervenire è soltanto un pezzo di questa cosa (cambiamento possibile). Anche questo deve essere visto in modo dinamico: intanto dico il miglioramento che vorrei per quel bambino/famiglia e magari poi nel tempo aumentano le cose possibili. Poi c'è il passaggio "qual è la strategia praticabile che è possibile suggerire al Tribunale": questo è un pensiero puramente progettuale, perché è la ricostruzione della logica secondo cui dai problemi individuo gli obiettivi e la strategia e questo ha creato un po' di resistenze "ma cosa devo scrivere?". La difficoltà era tradurre l'analisi dei bisogni in strategia, obiettivi azioni, cioè fare questo lavoro definitorio, difficoltà nel descrivere che tipo di pensiero c'è sotto quel progetto per quel bambino, che poi dopo si concretizzerà nell'inserimento in comunità, piuttosto che altro. Connettere quindi quel pensiero con le risorse che ho individuato, è proprio un problema di esplicitazione, in quanto sono comunque dei passaggi logici che inevitabilmente le assistenti sociali fanno, c'è sempre un pensiero sotto gli interventi che vengono proposti, però la difficoltà ad esplicitarli è forte.

13. I: L'assunzione della dimensione valutativa, come processo che accompagna tutte le fasi della progettazione, ha rappresentato un aspetto innovativo della gestione del servizio tutela minori del territorio bresciano?

F: La valutazione, come confronto rispetto all'andamento del progetto, al miglioramento del benessere del minore, ecc viene comunque fatta in questo servizio, è però poco esplicitato il come andare a guardare queste cose, quindi sono emersi anche durante le varie discussioni, dei casi in cui si faceva fatica a dire concretamente quali erano gli elementi che si potevano vedere e che facevano dire che un progetto stava andando male o stava andando bene, c'era molta difficoltà a fare questo. Il rischio che si vede è quello di trasmettere un giudizio valutativo come una percezione, è come se gli operatori dicessero "mi sembra che vada bene ma faccio fatica a dire perchè o magari riesco a dire perchè ma faccio fatica a trovare quali sono gli elementi che sono oggettivi e che ci stanno dicendo che quel percorso sta andando male o bene". Questa è una difficoltà grossa che abbiamo incontrato.

14. I: Ritiene che sia utile l'assunzione di una dimensione valutativa anche per motivare dal punto di vista politico le scelte che vengono prese in ambito di tutela minori?

F: Sono molto d'accordo su questo punto: è un problema del servizio sociale la difficoltà a mostrare anche all'esterno (Direttore Sociale dell'ASL, Dirigente del Comune, Assessore) quello che si sta facendo, difficoltà a rendere leggibile quello che sto facendo, perché lo sto facendo, perché propongo questo piuttosto che altro, e credo che questo sia un problema anche nella relazione tra servizio sociale e Tribunale, il servizio sociale fa fatica a rendere intelligibile e chiaro quello che fa

e perché lo sta facendo. Il rischio di creare dei vizi di comunicazione è alto e si ritrova un po' in tutti questi livelli.

15. I: Il percorso di costruzione del disegno di valutazione del progetto d'intervento, quali passaggi metodologici ha seguito? E su quali di essi si sono registrate maggiori criticità?

F: Rispetto al disegno di valutazione del progetto individualizzato, abbiamo seguito questo metodo che è il metodo nostro di valutazione dei progetti che consiste nella stesura di una serie di punti logici da seguire che vanno dal chiedersi perché si sta valutando, al chiedersi quali sono gli obiettivi del progetto che si sta andando a valutare, da lì si individuano i criteri, gli indicatori, le fonti informative, e gli strumenti di valutazione, che possono essere ad esempio, la scuola, tramite i registri scolastici per sapere le presenze/assenze, comportamento in classe e così via, i colloqui realizzati con il minore, con la famiglia, le relazioni di altri servizi che vengono a contatto con la famiglia. Quindi una serie di passaggi logici, che qui abbiamo riportato in una forma abbastanza ristretta, partire dal cosa vuoi valutare e perché lo vuoi valutare che ti aiutano a capire che cosa devi andare a guardare per poter valutare e attraverso quali strumenti lo vuoi fare. Questa è stata quindi la metodologia che abbiamo proposto. Sarebbe servito un po' più di tempo da dedicare alla valutazione perché non è così semplice applicare questi passaggi logici, sarebbe stato utile esercitarsi più volte su questi passaggi. Inoltre questo genere di formazioni è utile se da subito si prova ad esercitarsi, confrontarsi, con la possibilità di fare domande, se si prende in mano dopo dei mesi risulta molto più difficile.

16. I: Per un servizio tutela minori, in cui spesso gli operatori sono schiacciati dalle urgenze, da una complessità del disagio definita "debordante", c'è il rischio di perdere di vista l'aspetto progettuale della presa in carico, aumentando così i vissuti di impotenza e angoscia da parte del professionista. Secondo lei questo percorso formativo che ha visto dialogare operatori con competenze professionali diverse e appartenenze organizzative differenti, ha contribuito ad accrescere la capacità progettuale del servizio secondo un'ottica progettuale e strategica? Se sì, in che modo?

F: Sicuramente, aldilà dello strumento della Scheda e delle Linee Guida, il percorso può essere servito per entrare in un'ottica progettuale quindi esplicitare alcuni passaggi tra di loro che magari fanno singolarmente e che in questo modo hanno avuto la possibilità insieme di delineare il loro modo di intervenire e riconoscerlo come composto da fasi diverse che sono connesse le una con le altre e che hanno bisogno di essere esplicitate.

17. I: Il percorso formativo, secondo lei, ha contribuito a rendere maggiormente visibile, agli occhi degli stessi operatori, il prodotto del servizio tutela minori in tutta la sua complessità?

F: Sì, in qualche modo questo può essere stato un obiettivo raggiunto attraverso questo lavoro sulla concretezza dei casi, proprio per cercare di ricondurre sempre l'introduzione di un nuovo metodo, l'introduzione di un nuovo strumento, di nuove prassi lavorative, alla concretezza del fatto che quello che ci serve è qualcosa che ci aiuti a migliorare la nostra relazione con gli utenti e la nostra capacità di intervenire. Quindi questo è stato raggiunto attraverso la scelta di usare l'analisi di caso, casi vissuti proprio da loro. Quello che sono riusciti soprattutto per il fatto di trovarsi lì tutti insieme per una serie di appuntamenti è stato proprio riuscire a vedersi insieme, quindi vedere cosa si sta costruendo a livello di servizio integrato tra psicologo e assistenti sociali quindi tra ASL e Comune e a vederne un unicum che altrimenti per loro è difficile visualizzare senza spazi di

supervisione, confronto comuni (parlavano dell'ultima volta che avevano fatto una formazione comune in termini di anni e anni prima). Ricostruire un'identità di servizio integrato. Importante soprattutto per psicologi che meno degli assistenti sociali dispongono di momenti di supervisione, formazione, confronto.

18. I: In un'ottica di promozione, realizzazione e consolidamento di un sistema integrato di interventi sociali e socio sanitari nell'ambito della tutela minori, quali potrebbero essere i vantaggi e gli eventuali rischi, nell'utilizzo dello strumento di progettazione individualizzata dei casi?

F: I vantaggi ne vedo diversi, in particolare: dal punto di vista interno, intendendo il gruppo di psicologi e assistenti sociali, una maggiore esplicitazione dei passaggi e soprattutto delle scelte e riflessioni che vengono fatte e che diventa ancora più importante quando i tempi di lavoro si restringono, aumentano i casi, meno tempo per stare sui casi, e c'è quindi sempre meno tempo per confrontarsi, diventa essenziale avere uno strumento di condivisione di tutti i passaggi, questo pensando anche a quelle situazioni in cui c'è un passaggio da un professionista all'altro (maternità o sostituzione per altri motivi) riuscire a fornire alla persona che viene dopo di te un quadro completo delle informazioni. Dal punto di vista esterno, il vantaggio di farsi leggere meglio e a comunicare meglio quello che si sta facendo, all'esterno, internamente al comune, verso il tribunale, verso gli altri servizi che vengono coinvolti, comunque riuscire a codificare quello che il servizio sociale sta facendo, potendo avere una "forza contrattuale" nei confronti degli altri soggetti un po' più forte. I rischi che vedo di questo strumento è che un suo utilizzo obbligato, non condiviso dai singoli professionisti, rischia di essere un affaticamento per il professionista che lo deve compilare e che risulti anche uno strumento che invece di essere completo diventa scritto male, pensato poco, incompleto e quindi anche inutile e dannoso nel momento in cui uno pensa di avere a disposizione delle informazioni complete e invece poi risultano essere informazioni buttate lì perché bisogna farlo per adempimento burocratico e perde tutto il suo senso e rischia di essere dannoso.

19. I: Rispetto alla compilazione congiunta potrebbero esserci dei rischi di conflitto tra i professionisti o di sovrapposizione?

F: Di questo ci avevamo ragionato nelle Linee Guida con l'idea che non tutto debba essere scritto congiuntamente ma che ci sia un passaggio tra quello che scrive uno e quello che scrive l'altro. Sia nel protocollo che nelle linee guida comunque è stato chiarito che il ruolo di case manager è in capo all'assistente sociale che funge da regia e che rispetto all'utilizzo di questo strumento ha la responsabilità del suo utilizzo in modo positivo e in modo concreto e che lo psicologo possa e debba intervenire in relazioni alle informazioni che lui ha a disposizione. E' necessario comunque che anche a livello di organizzazioni sia ben specificato qual è il soggetto responsabile dell'utilizzo di questo strumento.

E' stato comunque un percorso positivo che ha portato a costruire degli strumenti che erano stati costruiti effettivamente in modo partecipato e il fatto che ci siano stati questi blocchi fa capire quanto i cambiamenti organizzativi siano complessi, lunghi, e che vadano spinti da diverse parti contemporaneamente, ci deve essere una spinta dall'alto, come per questo corso formativo, ma ci deve essere anche una risposta dal basso di qualcuno che la prenda in mano e inizia utilizzarlo. Non basta quindi produrre uno strumento e un percorso formativo perché vada a regime.

Bibliografia

AA.VV., *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete. Atti e approfondimenti del seminario nazionale*, Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Istituto degli Innocenti di Firenze, 2002.

AA.VV., *La progettazione Sociale*, Quaderni di Animazione Sociale Gruppo Abele, Torino, 1999.

AA.VV. Gruppo APS sulla valutazione, *Ridefinire metodologie e strumenti di valutazione in una prospettiva dialogica*, in Spunti n. 7/2003.

Ambito del Distretto n. 1 di Brescia, *Il Piano sociale di zona 2009-2011*.

Battistella A., *Competizione e forme di gestione in Italia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 14-15/2001.

Battistella A., *Gestione associata: problema politico o tecnico?*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2/2007.

Battistella A., *Il social planner e la gestione associata dei servizi*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 10/2006.

Battistella A., *L'accreditamento istituzionale: una sfida difficile*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 21/2001.

Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Il piano di zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci Faber, Roma, 2004.

Bauman Z., *Vita liquida*, Laterza, Roma, 2006.

Belotti V. Castellan M., *Nessuno è minore. Relazione sulla condizione dell'infanzia e l'adolescenza nel Veneto – Anno 2006*, Osservatorio Regionale per l'infanzia e l'adolescenza, Bassano del Grappa, 2006.

Bertotti T., *Bambini maltrattati e organizzazione dei servizi*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Franco Angeli, Milano, n. 3/1999.

Bertotti T., *I servizi per la tutela dei minori: evoluzione e mutamenti*, in *Autonomie Locali e servizi sociali*, il Mulino, n. 2/2010.

Bertotti T., *La tutela minori: mutamenti, rischi e potenzialità*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4/ 2004.

Bertotti T., De Ambrogio U., *La valutazione nelle indagini sociali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 2/2003.

Bertotti T., Galli S., *La valutazione nelle indagini sociali: un caso*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2/2003.

Bezzi C., *Cos'è la valutazione. Un'introduzione ai concetti, le parole chiave e i problemi metodologici*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Bezzi C., *Il nuovo disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano, 2010.

Bichi R. (a cura di), *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*, Carocci, Roma, 2007.

Bifulco L., *Le politiche sociali: temi e prospettive emergenti*, Carocci, Roma, 2005.

Bonizzoni S., Quaresmini D. (a cura di), *Atti giornata di studio. Nuove sfide del sociale. Lavorare con le famiglie e per le famiglie. Punti di vista teorici e prassi del Servizio Minori Comune di Brescia*, 2005.

Brunod M., *Aspetti metodologici nella progettazione partecipata*, in *Spunti*, n. 9/2007.

Bruschi A., *L'intervento sociale. Dalla progettazione alla realizzazione*, Carocci, Roma, 2007.

Campanini A., *Il maltrattamento all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

Cirillo S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2005.

Cirillo S., Cipolloni M.V., *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.

Cirillo S., Di Blasio P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.

CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia), *Crescere senza violenza. Stati generali sul maltrattamento all'infanzia 2010. Le priorità e le sfide contro la violenza all'infanzia in Italia*, Documenti del V congresso CISMAI Roma, 4-5 febbraio 2010.

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*, dicembre 2004.

Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. I paradigmi di riferimento*, il Mulino, Bologna, 2003.

Dallago L., Santinello M., Vieno A., *Valutare gli interventi psicosociali*, Carocci, Roma, 2004.

Dal Pra Ponticelli M. (a cura di), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma, 2005.

Da Roit B., *Politiche Pubbliche per l'assistenza. Attori, orientamenti e risorse: i mutamenti in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2001.

De Ambrogio U., *Come fare un buon progetto partecipato?*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4/2009.

De Ambrogio U., *Il social planner "all'incrocio dei venti": fra competenze tecniche e sensibilità relazionali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 10-11/2006.

De Ambrogio U. (a cura di), *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci Faber, Roma, 2003.

De Ambrogio U., *Valutare i progetti: una buona idea ancora incompiuta*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 20/2009.

De Ambrogio U., Avanzini K., *Dove vanno le politiche per i minori*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 4/2004.

De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F., *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*, Carocci, Roma, 2007.

De Ambrogio U., Dessi C., Ghetti V., Gregorio D., *La valutazione di progetti per la promozione della coesione sociale: analisi di un'esperienza*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 20/2009.

De Ambrogio U., Pasquinelli S. (a cura di), *Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale*, in *Quid di Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 6/2010.

De Bassi M., Tolio S., *L'avvio di un servizio tutela minori*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie* n. 13/2007.

Di Blasio P., *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Edizioni Unicopli, Milano, 2005.

Diomede Canevini M., Vecchiato T. (a cura di), *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione "Emanuela Zancan", Padova, 2002.

Donati P., Prandini R. (a cura di), *Buone pratiche e servizi innovativi per la famiglia*, Osservatorio Nazionale sulla Famiglia, Franco Angeli, Milano, 2006.

Fargion S., *I linguaggi del servizio sociale*, Carocci, Roma, 2002.

Fabbi L., *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo*, Carocci, Roma, 2007.

Fazzi L., Borzaga C., *Manuale di politica sociale*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Ferracin M., Valentini S., *La comunicazione complessa tra sistema giudiziario, servizi e famiglia del minore*, in Atti dei Convegni Padova 27 ottobre e 14 dicembre 2006, “Servizio Sociale e Giustizia. Gli interventi nei confronti degli adulti e dei minori”, a cura dell’Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto, 2006.

Galli D., *Il servizio sociale per minori*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Galli S., Tomè M., *La tutela del minore: dal diritto agli interventi. Verso una condivisione di esperienze e prassi tra magistratura ed enti locali*, Franco Angeli, 2008, Milano.

Genova A., *Un’esperienza di valutazione dei servizi*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 10/2007.

Ghezzi D., Vadilonga F., *La tutela del minore*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1996.

Giannino P., Avallone P., *I servizi di assistenza ai minori*, Cedam, 2000.

Gori C., *La riforma dei servizi sociali in Italia. L’attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma, 2004.

Guidicini P. (a cura di), *Nuovo manuale della ricerca sociologica*, Franco Angeli, Milano, (2004).

Kempe H., *The battered child syndrome*, in Journal of the American Medical Association, n° 181/1962.

Lanzara G. F., *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli d’intervento nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna, 1993.

Leone L., Prezza M., *Costruire e valutare i progetti nel sociale*, Franco Angeli, Milano, 1999.

Lovati P., *L’avvocato del minore e il giudice specializzato*, in Atti del Seminario di studio AIMMF “Le prospettive della giustizia minorile”, Castiglione delle Stiviere, 2008.

Malacrea M., *La riforma del Tribunale per i Minorenni*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 8/2002.

Manoukian F. O., *Il circolo virtuoso conoscenza-azione. Il perno della ricerca-azione*, in Spunti n. 9/2007.

Manoukian F. O., *La progettazione sociale possibile*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 10-11/2006.

Manoukian F. O., *Presupposti ed esiti della ricerca-azione*, in Spunti n. 9/2007.

Manoukian F. O., *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, Il Mulino, Bologna, 1998.

Manoukian F. O., *Re/immaginare il Lavoro Sociale. Appigli per una nuova progettualità*, in I Geki di Animazione Sociale, Supplemento al n. 1/2005, Gruppo Abele, Torino, 2005.

Manoukian F. O., *Presupposti ed esiti della ricerca-azione*, in Spunti, n. 9/2007.

Manoukian F. O., D'Angella F., Mazzoli G., *Cose (mai) viste*, Carocci, Roma, 2003.

Masè D., *Capacità e recuperabilità dei genitori maltrattanti*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2000.

Mazzoleni C., *Empowerment familiare. Il lavoro psicosociale integrato per promuovere benessere e competenze*, Erickson, Trento, 2004.

Merlini F., *La formazione continua per gli assistenti sociali*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 3/2011.

Merlini F., Bertotti T., *Scrivere nel lavoro sociale*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 2/2009.

Montecchi F., *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, Franco Angeli, Milano, 2005.

Morini L., *Tutela del minore, tutela della famiglia*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 18/2007.

Morozzo della Rocca P., *Dossier: Diritti e interessi nei procedimenti minorili di adottabilità e di limitazione della potestà dei genitori*, in Minori e Giustizia, n. 4/2007.

Morselli E., *Dizionario di filosofia e scienze umane*, Carlo Signorelli Editore, Milano, 1997.

Palumbo M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Parton N., O'Byrne P., *Costruire soluzioni sociali. Costruzionismo e nuove pratiche di lavoro sociale*, Erickson, Trento, 2005.

Pasquali M. L., *Il servizio sociale tra la promozione dei diritti del minore e la centralità della famiglia*, in Atti dei Convegni Padova 27 ottobre e 14 dicembre 2006, "Servizio Sociale e Giustizia. Gli interventi nei confronti degli adulti e dei minori", a cura dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto, 2006.

Pasquinelli S., *Patti e progetti generano cambiamento?*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 3/2009.

Ranci Ortigosa E., *Valutazione delle politiche e degli interventi sociali*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 15-16/2009.

Regione Veneto, *Linee guida 2008 per i servizi sociali e sociosanitari. La cura e la segnalazione. Le responsabilità nella protezione e nella tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza nel Veneto*, 2008.

Regione Veneto, *Buone prassi per gli operatori che devono affrontare situazioni di abuso e maltrattamento. Linee guida per gli operatori dei Centri Regionali di cura e protezione dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie*, i Sassolini di Pollicino - Collana dell'Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza, n. 20/2006.

Setti Bassanini M.C., *La logica incrementale*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 8/2003.

Shaw I., Lishman J., (a cura di), *La valutazione nel lavoro sociale. Approcci e metodi*, Erickson, Trento, 2002.

Schön D. A., *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari, 1993.

Simoni S., *Le culture organizzative dei servizi*, Carocci Faber, Roma, 2003.

Siza R., *Progettare nel sociale. Regole, metodi e strumenti per una progettazione sostenibile*, Franco Angeli, Milano, 2002.

Tognolini B., *Dipende da come mi abbracci*, Libreria Tuttestorie e Assessorato alle Politiche Giovanili del Comune di Cagliari, novembre 2007.

Tuggia M., Me S. (a cura di), *Tra Krònos e Kairòs, il tempo del contrasto alla istituzionalizzazione nelle comunità per minori*, Osservatorio Regionale per l'infanzia e l'adolescenza, Bassano del Grappa, 2009.

Vecchiato T., Canali C., Whittaker J.K. (a cura di), *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Zancan, Padova, 2008.

Sitografia

www.aslbrescia.it

www.centrotiama.it

www.cismai.org

www.cbm-milano.it

www.comune.brescia.it

www.fondazionezancan.it

www.giustiziaminorile.it

www.irsonline.it

www.minori.it

www.minoriefamiglia.it

www.regione.lombardia.it

www.studioaps.it

www.valutazione.it

www.valutazioneitaliana.it

Ringraziamenti

Per la realizzazione di questa tesi desidero ringraziare diverse persone:

- *il prof. Alessandro Battistella che con disponibilità ha seguito la costruzione del mio lavoro;*
- *il dott. Ugo De Ambrogio dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano che, oltre ai preziosi insegnamenti durante il corso di laurea magistrale, mi ha fornito importanti suggerimenti durante l'elaborazione della tesi e ha messo a disposizione la sua esperienza di ricercatore/formatore;*
- *la Dr.ssa Cecilia Guidetti dell'Istituto di Ricerca Sociale di Milano che mi ha dedicato il suo tempo sia durante l'intervista che nella trasmissione di materiale utile per la mia ricerca;*
- *la Responsabile del Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia e la Responsabile del Nucleo Tutela Minori dell'ASL di Brescia che mi hanno permesso di realizzare le interviste presso le rispettive organizzazioni e per avermi offerto utili spunti di riflessione attraverso le loro interviste e la documentazione fornitami;*
- *gli assistenti sociali del Servizio Tutela Minori del Comune di Brescia e gli psicologi del Nucleo Tutela Minori dell'ASL di Brescia che si sono resi molto disponibili nella realizzazione delle interviste;*
- *mio marito Mattia, che con il suo indispensabile supporto e la sua vicinanza mi ha accompagnato in questi anni verso la meta;*
- *la mia famiglia, che ha sempre creduto in me e mi ha sostenuto in ogni traguardo;*
- *Monica e Luca, sempre pronti ad aiutarmi con i loro consigli e incoraggiamenti;*
- *Liliana e Tancredi, che con il loro affetto mi sono sempre stati vicini;*
- *le mie amiche di sempre, Chiara, Angela ed Enrica, che hanno ascoltato i miei dubbi e hanno sempre trovato il giusto consiglio;*
- *le mie colleghe di lavoro che mi hanno sostenuto con entusiasmo in questo percorso.*