

# RICERCARE NEL SERVIZIO SOCIALE

Percorsi di avvicinamento  
alle pratiche di ricerca nei servizi

a cura di

Chiara Pattaro e Barbara Segatto

POLITICHE  
E SERVIZI  
SOCIALI

**FrancoAngeli**

OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

[http://www.francoangeli.it/come\\_publicare/publicare\\_19.asp](http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

# RICERCARE NEL SERVIZIO SOCIALE

Percorsi di avvicinamento  
alle pratiche di ricerca nei servizi

a cura di  
Chiara Pattaro e Barbara Segatto

POLITICHE  
E SERVIZI  
SOCIALI

**FrancoAngeli**

OPEN  ACCESS

La pubblicazione di questo volume è stata realizzata con il contributo dei fondi della Dotazione Ordinaria della Ricerca e il contributo Fondo di Finanziamento delle Attività Base di Ricerca, resp. scient. Pattaro Chiara, del Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali dell'Università degli Studi di Padova.

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione - Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC BY-NC-ND 4.0)

*L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.it>

# Indice

|  |      |     |
|--|------|-----|
| <b>Introduzione</b> , di <i>Chiara Pattaro e Barbara Segatto</i>   | pag. | 7   |
| <b>1. L'importanza delle pratiche di ricerca nel servizio sociale</b> , di <i>Anna Dal Ben e Chiara Pattaro</i>  | »    | 13  |
| <b>2. Una professione al femminile. Assistenti sociali donne e questioni di genere</b> , di <i>Chiara Pattaro e Chiara Bernardi</i>  |      | 25  |
| <b>3. Madri in sostanza, in sostanza madri. Il ruolo dei servizi socio-sanitari nel sostegno alla donna dipendente e nella tutela del minore</b> , di <i>Anna Dal Ben, Petra Masiero, Anna Schiavon e Simona Summo</i>         | »    | 47  |
| <b>4. Le competenze dell'operatore di rete dei servizi di alcolologia del Trentino: una ricerca volta alla costruzione condivisa di rubriche di autovalutazione</b> , di <i>Marinella Fanti, Anna Serbati e Daniele Nigris</i> | »    | 69  |
| <b>5. La protezione e tutela dei minori: una ricerca sulle pratiche di comunicazione tra scuola e servizi sociali nel territorio veneto</b> , di <i>Barbara Segatto e Eleonora Calzamatta</i>                                  | »    | 89  |
| <b>6. Ascoltare i bisogni dei caregiver delle persone affette da demenza: una ricerca quali-quantitativa nel territorio veneto</b> , di <i>Barbara Segatto e Francesca Daniele</i>   | »    | 111 |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| <b>7. Le risposte dei servizi ai bisogni delle famiglie adottive: l'accompagnamento nel post-adozione</b> , di <i>Anna Dal Ben</i> | » | 131 |
| <b>8. Il congedo dell'ospite nella struttura intermedia</b> , di <i>Alessio Surian e Fabio Filippo</i>                             | » | 151 |
| <b>Notizie sulle Autrici e sugli Autori</b>  | » | 169 |

# *Introduzione*

di *Chiara Pattaro e Barbara Segatto*

Nel servizio sociale la ricerca scientifica consente di esplorare un fenomeno sociale o diversi aspetti delle prassi operative attraverso la raccolta e l'analisi di dati. In tal senso, il suo contributo può essere quello di acquisire strumenti utili per comprendere i mutevoli bisogni della società, oppure di migliorare l'azione professionale. Il valore della ricerca si concretizza quindi non solo in termini di sviluppo di una maggiore conoscenza, ma anche nella definizione di pratiche di intervento o di strategie innovative volte a migliorare i servizi, oltre che a creare momenti di riflessione che consentono di leggere una tematica, un evento o un problema in maniera critica.

La ricerca sociale – e nello specifico quella nell'ambito del servizio sociale – contempla al suo interno una diversità di approcci, strategie, tecniche e strumenti (Palumbo e Garbarino, 2004). In particolare, una classificazione (benché non l'unica possibile) di carattere metodologico vede – a volte contrapposti<sup>1</sup> – l'approccio quantitativo (basato sulla costruzione di una matrice di dati) e quello qualitativo (che non si prefigge la costruzione di tale matrice).

La ricerca quantitativa, si basa su una struttura logica per cui è la teoria a determinare le variabili che compongono e determinano i problemi, variabili rispetto alle quali i ricercatori formulano ipotesi (Bryman, 1988). Si tratta di un approccio in cui la teoria precede l'osservazione e l'analisi e il rapporto tra teoria e ricerca empirica, strutturato in fasi logicamente sequenziali, segue un'impostazione deduttiva, cioè di sostegno, tramite dati raccolti empiricamente, della teoria precedentemente formulata (Corbetta, 1999; Torriani, 2015). Essa implica la necessità di categorizzare i concetti/dimensioni della teoria e di operationalizzarli in variabili empiricamente osservabili, permet-

---

<sup>1</sup> Nelle riflessioni epistemologiche, la relazione tra qualità e qualità è stata spesso posta in maniera conflittuale; tuttavia, nella pratica di ricerca quotidiana, la forza di questa dicotomia è spesso molto sfumata.

tendo alla teoria di essere sottoposta a controllo empirico. Ciò che contraddistingue la ricerca quantitativa è quindi l'elevato grado di standardizzazione delle procedure adottate nella rilevazione dei dati.

Nella ricerca qualitativa, invece, l'elaborazione teorica e la ricerca empirica procedono maggiormente intrecciate, in una relazione più aperta e interattiva (Corbetta, 1999). Nell'approccio qualitativo, il ricercatore non registra informazioni già codificate prima della raccolta dei dati stessi, ma le "costruisce" mettendo in atto un processo ermeneutico (De Rose, 2003). L'ambizione, in questo caso, è quella di studiare la realtà nel suo quotidiano svolgersi, cogliendo complessità dei significati e la profondità delle situazioni, concentrandosi ed enfatizzando opinioni, stati d'animo, motivazioni ed argomentazioni in modo più profondo, consentendo la centralità di vissuti ed esperienze personali.

Approcci epistemologici più recenti (Marradi, 1996; Nigris, 2003) abbandonano questa contrapposizione, facendo riferimento piuttosto a metodologie *standard* e *non standard*. Lo scopo della ricerca *standard*, è quello di «dimensionare fenomeni in base ad un vocabolario», mentre la ricerca *non standard* si propone di «creare le categorie analitiche in base a cui ciò è possibile – le voci di quel vocabolario» (Nigris, 2003, p. 48). Si parla infatti di ricerca sociale *standard* quando si suppone di possedere già in partenza l'insieme dei concetti pertinenti alla descrizione del mondo osservato, mentre nella ricerca *non standard* si cerca di ovviare alla mancanza di conoscenza di tutti i concetti necessari attraverso la centratura sul soggetto e sul suo modo di organizzare l'oggetto di indagine (ibidem).

Infine, appare rilevante sottolineare come nel dibattito contemporaneo i due approcci di ricerca siano sempre più spesso pensati come due poli di un *continuum*, che tendono, in alcuni casi a confluire in una "terza via", identificata nei cosiddetti *mixed methods* (Torrioni, 2015), che implicano il lavoro con dati diversi, ma anche con interrogativi diversi, simultaneamente o in fasi multiple di uno stesso studio, cercando di utilizzare lenti differenti per focalizzare le dimensioni e gli oggetti della ricerca.

Il gruppo che ha operato per l'istituzione del Corso di Laurea magistrale in *Scienze del Servizio Sociale* (dall'anno accademico 2018/19 la sua denominazione è stata mutata in *Innovazione e Servizio Sociale*) dell'Università di Padova, fin dalla sua attivazione, nell'anno accademico 2009/10, ha voluto garantire ai propri studenti una impostazione formativa che tenesse conto dell'accelerazione dei cambiamenti sociali e culturali in atto. Accelerazione che non garantiva loro di trovarsi ad operare in un contesto ed entro bisogni simili a quelli analizzati durante il periodo di formazione, evidenziando la necessità di far fronte al mutamento sociale e conseguentemente di ripensare



ed innovare il sistema di welfare e le pratiche di intervento. Alla luce di queste riflessioni si è ritenuto cruciale dare spazio alla ricerca del e nel servizio sociale, intesa non solo come studio delle ricerche ma anche, e soprattutto, come apprendimento dei modi e delle strategie per fare ricerca. La conoscenza del metodo scientifico e dei modi della ricerca, dei loro limiti e delle loro risorse, può infatti agevolare l'acquisizione di conoscenze in modo autonomo, attraverso la lettura del materiale scientifico, o la predisposizione di ricerche di stampo applicativo; infine, l'adozione, anche nella presa in carico individuale o familiare o di gruppo, di un approccio scientifico consente di misurare il raggiungimento degli obiettivi definiti a priori sulla base della teoria o degli esiti delle ricerche (approccio quantitativo o *standard*) o congiuntamente con l'utente (approccio qualitativo o *non standard*).

Nel cercare di promuovere questo approccio, si è inteso sia orientare i singoli insegnamenti perché fornissero le conoscenze e competenze più avanzate e innovative nei settori chiave dell'intervento sociale e utilizzassero entro la didattica la lettura delle ricerche di recente pubblicazione; sia utilizzare il tirocinio formativo (250 ore che gli studenti trascorrono all'interno di un servizio sociale di base o specialistico del settore pubblico o privato) come "palestra" per apprendere l'integrazione tra la ricerca e la pratica, tra i modi e gli strumenti della ricerca scientifica e le criticità e domande dei servizi sociali. Lo studente viene quindi invitato a entrare nei servizi in cui svolgerà il proprio tirocinio in qualità di osservatore partecipante, con l'intento di rilevare e analizzare le pratiche e gli obiettivi perseguiti, nonché di evidenziare le eventuali criticità espresse dal servizio e dagli assistenti sociali, da altri professionisti o, ancora, dagli utenti in modo più o meno esplicito. In un secondo momento il tirocinante potrà realizzare uno studio della letteratura scientifica di settore per comprendere se e come questa abbia affrontato le criticità rilevate, sia dal punto di vista teorico che empirico, e approntare poi una ipotesi di ricerca che potrebbe permettere di raccogliere informazioni rilevanti per meglio comprendere la criticità riscontrata o attivare la sperimentazione di nuove prassi.

Nel presente volume, le curatrici hanno voluto rappresentare l'approccio del corso di studi, attraverso una raccolta di alcune delle ricerche realizzate dai laureati magistrali in Scienze del Servizio Sociale, con l'intento di dare visibilità ai rilevanti esiti raggiungibili anche attraverso "piccole" (in termini di numerosità del campione e dell'ambizione degli obiettivi) indagini sul campo.

Per dare forma concreta ai diversi strumenti della ricerca sopra descritti, si è scelto di presentare quei lavori che abbiano utilizzato strumenti diversi tra loro: interviste, *focus group*, questionari, scale, ricerca documentale.

Prima di entrare nel merito delle ricerche empiriche, Anna Dal Ben e Chiara Pattaro presentano un contributo che ripercorre le discussioni sul rapporto tra sapere scientifico e operatività nella professione di assistente sociale, a partire dall'annoso dibattito tra "scienza" e "arte", per prendere poi in considerazione il ruolo della ricerca all'interno del servizio sociale. Il capitolo ne mette in evidenza l'importanza, sia in termini di conoscenza (del tessuto sociale e dei suoi bisogni), sia di sistematicità, verificabilità, efficienza ed efficacia degli interventi, sempre in vista di una migliore risposta ai bisogni dell'utenza. Si discute poi sulla scarsa diffusione della pratica di ricerca all'interno dei servizi e tra i professionisti, auspicandone un maggiore sviluppo e l'incremento della collaborazione tra mondo accademico e mondo professionale,

Con il capitolo di Chiara Pattaro e Chiara Bernardi, si inizia il percorso del volume all'interno delle ricerche realizzate dai laureati del corso di Laurea Magistrale in Scienze del Servizio Sociale e Innovazione e Servizio Sociale. La ricerca propone una riflessione sulla questione di genere nel lavoro sociale, focalizzandosi sulle percezioni, criticità e strategie che emergono in relazione all'essere donna e assistente sociale a partire dai racconti, raccolti attraverso un'intervista di tipo misto, di 20 professioniste. Ne emerge una professione marcatamente connotata in termini di genere e in cui l'essere donna sembra incidere sotto molti punti di vista, dal lavoro con gli utenti, alle strategie per far fronte alle situazioni di criticità, fino alla decisione di occupare o meno posizioni di maggiore responsabilità. Molti restano gli interrogativi aperti che richiederebbero un ulteriore sviluppo di studi empirici in questo ambito.

Il capitolo di Anna Dal Ben, Petra Masiero, Anna Schiavon e Simona Summo presenta poi una ricerca realizzata in un territorio di sovrapposizione dell'agire di due diversi servizi sociali, quelli della Tutela dei Minori e quelli per le Dipendenze. Sono state indagate infatti le modalità di presa in carico di madri tossicodipendenti, al fine di comprendere come i professionisti gestiscano la complessità insita in queste situazioni cercando di non "perdere di vista" la protezione dei minori coinvolti. Dalle voci delle 19 assistenti sociali e delle 10 madri intervistate, emerge uno spaccato che vede i servizi fortemente differenziati su base territoriale, l'assenza di protocolli condivisi e la dichiarata mancanza di una formazione specifica e trasversale sulla maternità dipendente, che ha come esito la difficoltà di garantire una presa in carico integrata tra professionisti, istituzioni e destinatari degli interventi.

Segue il lavoro di Marinella Fanti, Anna Serbati e Daniele Nigris, che si occupano del tema della valutazione delle competenze professionali. Viene

presentato il processo di costruzione di un Profilo Professionale e di una Rubrica per l'autovalutazione delle competenze per la figura dell'operatore di rete, mostrando come non sempre i soggetti stessi siano consapevoli dei propri saperi e delle proprie capacità. L'approccio di tipo partecipativo utilizzato, applicato attraverso l'uso di diversi strumenti (analisi di documenti, interviste semi-strutturate ed osservazione) ha consentito di raggiungere due esiti: da un lato una scheda molto precisa e immune da distorsioni e dall'altro un miglioramento della percezione dello strumento stesso da parte dei soggetti. In ultimo, l'utilizzo della tecnica del *focus group*, quale strumento di restituzione degli esiti, ha permesso di valorizzare il contributo di ogni professionista coinvolto nella co-costruzione della Rubrica.

Barbara Segatto e Eleonora Calzamatta propongono gli esiti di una ricerca quantitativa condotta nella provincia di Treviso avente come oggetto la comunicazione tra scuola e servizi di tutela in relazione alle situazioni di rischio di pregiudizio o pregiudizio degli alunni. Attraverso la somministrazione di un questionario, costruito ad hoc, a 342 insegnanti di diversi ordini e grado sono stati indagati l'atteggiamento e la conoscenza rispetto al tema della segnalazione, della tutela del minore e del maltrattamento dell'infanzia, ed il rapporto con il Servizio Tutela Minori. I risultati evidenziano il ruolo strategico svolto dagli insegnanti a tutela dei bambini e dei ragazzi, reso però fragile dalla assenza di conoscenza dei servizi e delle prassi nonché di consolidate prassi di comunicazione tra Scuola e Servizi Sociali.

Nel capitolo successivo, di Barbara Segatto e Francesca Daniele, vengono presentati gli esiti di una ricerca quali-quantitativa condotta in un comune della provincia di Padova avente come oggetto i bisogni dei *caregiver* di anziani affetti da demenza. Attraverso una intervista strutturata ed una scala sono state indagate la storia della malattia, gli aspetti della vita del *caregiver* che sono stati modificati dalla malattia, il grado di soddisfazione riguardo i servizi offerti nel territorio e il livello di stress percepito. I risultati, elaborati dal materiale raccolto da 19 *caregiver*, evidenziano il ruolo strategico ancora oggi svolto dai *caregiver* familiari e la necessità crescente che il sistema socio-sanitario apra servizi e modalità di presa in carico del paziente demente inclusive dei bisogni del *caregiver*.

A seguire, il capitolo di Anna Dal Ben presenta una ricerca sulle adozioni internazionali in Italia, principale paese di accoglienza nel contesto europeo, secondo solo agli Stati Uniti a livello mondiale. Attraverso l'analisi delle cartelle sociali di 359 famiglie, sono stati raccolti i dati circa l'evoluzione dell'adozione di 424 bambini. I risultati mostrano come il triennio di post-adozione si configuri come un periodo fondamentale per il recupero delle capacità dei minori, in cui le coppie percepiscono le Equipe Adozioni come

un importante punto di appoggio, insieme all'importanza data alle reti familiari e sociali, che permettono al bambino di inserirsi positivamente nel nuovo tessuto sociale.

Infine, il capitolo di Alessio Surian e Fabio Filippo esplora le condizioni dei pazienti fragili ed i fattori che potrebbero contribuire a prolungare il periodo di degenza in struttura intermedia. La ricerca ha utilizzato una metodologia di tipo inferenziale, estrapolando i dati presenti all'interno del servizio e relativi a 78 casi trattati da febbraio 2018 a ottobre 2018 nel territorio dell'ULSS 6 Euganea. I risultati evidenziano la presenza di fenomeni comuni (quali la non autosufficienza o la parziale autosufficienza, l'assenza di reti familiari, età superiore ai 75 anni e, spesso, problemi legati a fratture o deterioramento psichico) che l'assistente sociale dovrebbe rilevare al fine di attuare nuovi interventi anche attraverso alleanze con altre forze sociali e professionali. La funzione svolta dall'assistente sociale all'interno di un contesto "ponte" quale quello della Struttura Intermedia appare fondamentale e andrebbe perciò inserita all'interno di un nuovo protocollo, che preveda anche una iniziale analisi sociale e non solo medica, al fine di meglio individuare i bisogni dell'utenza.

## Riferimenti bibliografici

- Bryman A. (1988), *Quantity and Quality in Social Research*, Routledge, London.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- De Rose C. (2003), *Che cos'è la ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Marradi A. (1996), "Due famiglie e un insieme", in Cipolla C., De Lillo A. (a cura di), *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*, FrancoAngeli, Milano.
- Nigris D. (2003), *Standard e Non-standard nella Ricerca Sociale: riflessioni metodologiche*, FrancoAngeli, Milano.
- Palumbo M., Garbarino E. (2004), *Strumenti e strategie della ricerca sociale: dall'interrogazione alla relazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Torrioni P.M. (2015), "Ricerca quantitativa, ricerca qualitativa, multimethods, mixed methods", in Albano R., Dellavalle M. (a cura di), *Metodologia della ricerca e servizio sociale*, Giappichelli, Torino.

# *1. L'importanza delle pratiche di ricerca nel servizio sociale*

di *Anna Dal Ben e Chiara Pattaro*<sup>1</sup>

## **1. Introduzione**

Nell'ambito del servizio sociale la ricerca è uno strumento estremamente importante da diversi punti di vista.

Innanzitutto, la natura, le dimensioni e le caratteristiche del mondo sociale sono il punto di partenza stesso per la professione, che mette in campo la sua azione soprattutto in risposta alle condizioni sociali, politiche ed economiche del territorio in cui si trova ad operare. Attraverso la ricerca è quindi possibile conoscere ed analizzare criticamente queste diverse condizioni e i problemi sociali che ne emergono, l'accuratezza delle ipotesi su ciò che li causa, le caratteristiche delle persone coinvolte e anche l'efficacia delle politiche e degli interventi per farvi fronte (Engel e Schutt, 2016). In secondo luogo, lo studio dei problemi che gli individui, le famiglie, i gruppi e le comunità si trovano ad affrontare può contribuire ad identificare questioni nuove o precedentemente trascurate e suggerire gli ambiti in cui è necessario porre l'attenzione (Anastas, 2014) in termini di pratica professionale e di innovazione di prospettive teoriche ed epistemologiche (Allegri, 2013). Ancora, la ricerca è fondamentale anche in termini di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi in diversi contesti ed istituzioni (Cellini e Dellavalle, 2015).

Si tratta quindi di un'importanza che si sviluppa all'interno di una dialettica continua tra teoria e prassi, dalla quale far emergere possibili interpretazioni degli eventi e dei bisogni individuali, comunitari e sociali e lo sviluppo di strategie e strumenti utili per l'operatività (Demartis, 2013).

Tuttavia, all'interno del mondo professionale continua ad essere presente

---

<sup>1</sup> Questo capitolo è frutto di un lavoro condiviso tra le Autrici, tuttavia a Anna Dal Ben vanno attribuiti i paragrafi 2 e 3 e a Chiara Pattaro i paragrafi 1 e 4.

una certa ambivalenza a questo proposito. Se da un lato, infatti, sembra esserci un accordo generale all'interno del mondo accademico e formativo sull'utilità della ricerca empirica e sulla necessità per i professionisti di saper leggere criticamente i risultati delle ricerche di servizio sociale, nonché di essere protagonisti nella loro realizzazione, dall'altro però l'impegno degli assistenti sociali in questo ambito rimane ad oggi residuale (Anastas, 2014), oltre che scarsamente supportato all'interno dei servizi, quasi che accademia e professione si trovino ad abitare mondi e culture diverse (Sommerfeld, 2013).

È invece proprio nell'incontro tra questi due mondi che si può realizzare la possibilità di rispondere ad un bisogno di riflessività, di produzione di sapere e anche di visibilità e valorizzazione della professione, riprendendo così quella tensione che le è propria di mantenere insieme, in forte interazione, la passione per l'azione e quella per la conoscenza (Demartis, 2013).

A partire da questi presupposti, si è scelto di proporre all'inizio del volume una ricostruzione del percorso della ricerca nel servizio sociale, collegando i diversi fili che ci possono portare oggi, più che ad arrivare a delle conclusioni, a ragionare di prospettive.

## **2. La declinazione delle conoscenze nel servizio sociale: tra sapere teorico e operatività quotidiana**

La comunità professionale degli assistenti sociali in Italia e più in generale in Europa, è composta per la maggior parte da professionisti che hanno conseguito un diploma di laurea; la percentuale di operatori con un titolo di studio post lauream quale il dottorato, che permette l'accesso ad un percorso accademico e conseguentemente ad attività di ricerca è residuale, diversamente da quanto avviene in modo più trasversale per altre discipline delle scienze umane (Decker, Constantine Brown e Tapia, 2016). La professione, infatti, sin dalla sua istituzione e, successivamente per molti anni, si è fondata su conoscenze legate alla pratica quotidiana, senza l'ausilio di ricerche scientifiche o di studi sugli esiti degli interventi: il servizio sociale ha costruito quindi il proprio sapere a partire dall'operatività (Folgheraiter, 1998; Dal Pra Ponticelli, 2005).

Il dibattito relativo ai saperi del servizio sociale si è generato simultaneamente alla nascita della professione, sorta come prolungamento nel tessuto societario del lavoro di cura delle donne in cui, solo successivamente, si sono sviluppate basi teoriche e metodologiche (Fargion, 2009). Questo percorso

storico ha comportato tuttavia una serie di strascichi, sia nella tensione a definire un corpus di conoscenze proprie lungo tutto il processo di istituzionalizzazione della professione, sia nella costante necessità di legittimazione da parte degli assistenti sociali all'interno del panorama delle professioni di aiuto (Gui, 2004; Dal Ben, 2018).

Per questo motivo, nonostante sia oramai pienamente riconosciuto sul piano istituzionale e accademico, il servizio sociale ancora oggi deve fare i conti con la propria identità professionale, restando sensibile alle critiche secondo cui manchi di un corpo di conoscenze specifiche e di una metodologia unitaria, dando ampio spazio alla discrezionalità degli operatori e a pratiche basate per lo più sull'esperienza (Ashley *et al.*, 2017; Fargion, 2009).

La discussione in ambito accademico e professionale si articola sulla comprensione della relazione esistente tra sapere scientifico e operatività nel servizio sociale, al fine di definire le conoscenze sottostanti la professione e la loro derivazione, nonché di analizzare se e in che modo vengono utilizzate nel lavoro quotidiano.

Per comprendere il rapporto tra sapere scientifico e operatività dell'assistente sociale, è utile partire quindi dalla definizione di professione all'interno del servizio sociale, e successivamente, da che cosa si intende per disciplina scientifica. Una professione è definita tale se è retribuita e prevede un percorso di formazione prolungato e un processo di qualificazione formale basato su un corpus sistematico e scientifico di conoscenze, ancorato a determinati confini di carattere legale; il lavoro sociale è stato pertanto definito come professione dal *Council on Social Work Education*, poiché si struttura attraverso l'acquisizione di una formazione specifica e da licenze e protocolli che variano in base allo Stato (Brekke, 2014). D'altra parte, una disciplina scientifica accademica deve essere invece legata all'organizzazione dell'apprendimento e alla produzione sistematica di nuove conoscenze, avendo alcune specifiche caratteristiche: «(1) un particolare oggetto di ricerca, (2) un corpo di conoscenze specialistiche accumulate riferite all'oggetto di ricerca, (3) teorie e concetti che organizzano efficacemente le conoscenze specialistiche accumulate, (4) utilizzando una terminologia specifica legata all'oggetto di ricerca, (5) utilizzando metodi di ricerca in base alle specifiche esigenze di ricerca della disciplina e (6) una manifestazione istituzionale sotto forma di materie insegnate a università, rispettivi dipartimenti accademici e organizzazioni professionali associate» (Krishnan, 2009, p. 9).

Anche se l'accesso del servizio sociale ai percorsi universitari ha permesso di trasformare la professione in un settore accademico, il dibattito ha continuato ad interessare la professione, proprio a fronte del fatto che il cor-

pus teorico si rifà a più discipline. Recentemente, tuttavia, l'idea che il servizio sociale debba comporsi di un unico corpus di conoscenze sta venendo meno. Vi è infatti una focalizzazione sull'interdisciplinarietà e la transdisciplinarietà del servizio sociale (Nurius e Kemp, 2012), in un'ottica che comporta il lavoro congiunto di diverse discipline per integrare le proprie prospettive al fine di affrontare un problema comune (ottica interdisciplinare) e una collaborazione tra diverse discipline accademiche e professionisti di settori professionali esterni all'accademia che scambiano le proprie conoscenze per affrontare un problema complesso (ottica transdisciplinare).

Oltre alla derivazione delle competenze proprie della professione, la discussione si articola rispetto alle dimensioni di "scienza" e "arte" che stanno alla base del lavoro sociale. Il mondo accademico, in cui come accennato la presenza di assistenti sociali appare residuale, ritiene infatti che la professione debba costituirsi sulla base di conoscenze derivanti da studi e ricerche scientifiche, al fine di garantire processi di *accountability* che permettano di dare un riscontro in termini di prestazioni erogate e costi sostenuti, nonché di interventi basati su evidenze empiriche che portino ad uniformare le pratiche, promuovendo una maggiore equità ed efficacia dei servizi. Gli assistenti sociali che operano quotidianamente a contatto con le persone, d'altra parte, sottolineano l'importanza della dimensione "artistica" del lavoro sociale, intesa come la capacità di adattarsi alle specifiche esigenze di ogni situazione, poiché garantire l'unicità dell'intervento sulla base della biografia di vita del destinatario è uno dei principi che guidano la professione. In questo senso, le principali opposizioni al paradigma scientifico rimandano ad un'idea di "missione" della professione, poiché «il servizio sociale non si occupa di soluzione dei problemi, ma di processi di significazione e fronteggiamento» (Fargion, 2006, p. 44). Da questa prospettiva, allora, la teoria scientifica può essere utile, ma non può ricoprire la funzione di guida dell'azione, poiché la conoscenza si limita ad orientare il professionista, senza dominarlo, mettendo piuttosto al centro del lavoro sociale – come ad esempio sostiene Palmer (2002) – la comprensione, l'empatia e l'intuizione quali qualità professionali incompatibili con la conoscenza scientifica.

Ad oggi il dibattito tra arte e scienza, in tutta la sua ambivalenza e le sue contrapposizioni continua ad emergere, proprio perché entrambe le posizioni evidenziano alcuni aspetti fondamentali per la professione: «che ci possa essere una sorta di divisione del lavoro per cui la ricerca nel servizio sociale deve svolgersi secondo modelli scientifici, mentre la pratica configurarsi come componente "artistica", rappresenta [infatti] un'eccessiva semplificazione. La presenza di una componente artistica è desiderabile sia nella scienza



e nella ricerca, sia nella pratica del servizio sociale [...] la buona scienza include infatti anche una dimensione artistica» (Fargion, 2009, p. 79).

Un modo per ridurre al minimo il divario tra ricerca e pratica di servizio sociale, nonché per avvicinare l'anima scientifica e quella artistica della professione, può essere quello di sviluppare una scienza "traslazionale" che colleghi la ricerca alle pratiche e all'operato degli assistenti sociali e quindi non solo ai problemi di natura sociale che questi sono chiamati ad affrontare, costruendo collaborazioni tra i servizi istituzionali e gli organi accademici (Brekke, Ell, Palinkas, 2007; Marsh, 2012).

### **3. Il ruolo della ricerca nel servizio sociale**

Il servizio sociale va considerato come composto da tre specifiche aree: l'area teorica, l'area della ricerca e l'area operativa. Queste tre dimensioni si articolano tra loro secondo un rapporto di circolarità: «l'area teorica fornirebbe le ipotesi all'area della ricerca empirica che, a sua volta, fornirebbe all'area teorica rimandi relativi alle scoperte e agli approfondimenti conseguiti; l'area teorica riceverebbe dall'area operativa sollecitazioni circa i problemi da affrontare e rimanderebbe ad essa indicazioni circa le congetture di fattibilità delle probabili risposte; l'area operativa chiederebbe all'area della ricerca indicazioni circa i bisogni, i problemi e i servizi presenti su quel particolare territorio e riceverebbe in cambio indicazioni relative agli indirizzi pratici da attuare per soddisfarli, risolverli o migliorarli» (Perino, 2010, pp. 146-147).

Nel lavoro sociale la ricerca appare quindi fondamentale per diverse ragioni: in primis rende sistematico e verificabile il lavoro svolto dai professionisti, poiché attraverso la raccolta di dati è possibile rendicontare l'operato quotidiano e, con un utilizzo di tali informazioni in modo aggregato, analizzare i nuovi bisogni emergenti e le risposte che vengono fornite dai servizi. In secondo luogo, a fronte dei dati emersi, gli assistenti sociali possono identificare gli interventi più efficaci in termini di esiti e benefici, per rispondere ai bisogni dell'utenza. Infine, tramite la ricerca è possibile dare avvio a processi di valutazione sugli esiti degli interventi messi in atto.

Utilizzare la ricerca come una pratica quotidiana non è, tuttavia, una prassi consolidata, soprattutto nella realtà italiana: venendo spesso percepito dagli stessi professionisti come una "scienza di crisi" (Longhofer e Floersch, 2012) che opera nell'emergenza delle situazioni, il servizio sociale tende a mantenere uno scollamento tra quella che è la ricerca accademica, orientata principalmente al lavoro svolto dagli operatori, e la ricerca all'interno dei servizi.

Il fare ricerca dovrebbe essere inteso invece come un'abitudine nello svolgimento delle azioni del lavoro del servizio sociale poiché permette di rendere sistematico e verificabile il lavoro svolto dai professionisti. La ricerca risponde infatti al bisogno di conoscenza da un lato e, dall'altro, al bisogno che nasce dalla necessità da parte dell'assistente sociale, di agire consapevolmente nelle situazioni. Questo secondo bisogno può essere tradotto anche con il termine "valutazione". Infatti non di rado, valutazione e ricerca si possono distinguere soltanto per impostazione generale più che per categorie contrapposte (Shaw e Lishman, 2002). «La ricerca valutativa è nata [...] dalla necessità di uscire da un'autoreferenzialità nel guardare gli interventi degli assistenti sociali e dall'esigenza di avere dati empirici sistematici per scegliere e sviluppare le metodologie di intervento più appropriate» (Campanini, 2006, p. 95). Sarebbe opportuno che a fronte «dello sviluppo di ricerche valutative esterne, fossero avviate pratiche di autovalutazione costanti che consentano anche di riflettere sull'impatto e sui possibili utilizzi della ricerca stessa» (Campanini, 2006, p. 113), anche nella prospettiva dell'evoluzione delle politiche sociali in cui si rappresenta sempre di più una scarsità di risorse materiali ed umane, nonché una conseguente tendenza alla costruzione di modelli di welfare di carattere manageriale.

Tali considerazioni vogliono sottolineare come la professione dell'assistente sociale debba considerarsi «una pratica per molti versi analoga alla ricerca scientifica» (Fargion, 2009, p. 115), che ha lo scopo di definire un sapere utile all'azione sociale e non un sapere teorico fine a sé stesso. L'utilizzo delle pratiche di ricerca dovrebbe essere orientato pertanto sia a comprendere quali siano le cause che portano a situazioni di difficoltà, sia a comprendere cosa invece favorisce una condizione di benessere (Gray e Webb, 2010; Houston, 2001), al fine di identificare gli interventi più efficaci (Marzotto, 2002). Da questa prospettiva, la dimensione della ricerca è in qualche modo intrinseca al lavoro stesso, poiché il professionista ha bisogno di conoscere prima di intervenire, basando la sua azione su un atteggiamento di continua «curiosità scientifica nei riguardi degli eventi» (Niero, 1995, p. 28).

Esistono differenti approcci che hanno cercato nel corso del tempo di unire la ricerca alla pratica quotidiana del servizio sociale.

Il primo tentativo in tal senso è riconducibile all'*empirical practice movement*, nato negli Stati Uniti negli anni 60, che ha avuto come obiettivi principali: l'uso della ricerca nelle pratiche di servizio sociale per facilitare la valutazione degli interventi; il sostenere i processi di decisione degli operatori per la valutazione dei casi e degli interventi da attuare; la promozione di azioni la cui efficacia fosse stata dimostrata attraverso la ricerca empirica; infine, la creazione di conoscenze attraverso studi condotti da professionisti-

ricercatori (Reid, 2001). In questo contesto, viene affermandosi l'idea che la ricerca scientifica debba costruire «la base per la realizzazione di nuove metodologie» (Fargion, 2009, p. 122) del lavoro sociale. Di conseguenza, emerge una visione secondo la quale il lavoro sociale si deve strutturare in modo sistematico e verificabile, prestando maggior attenzione a metodi di lavoro che permettano di realizzare un percorso di valutazione iniziale, in itinere e finale. In questo senso, la ricerca è finalizzata ad approfondire e chiarire fatti e fenomeni, senza essere considerata come un semplice strumento operativo, ma piuttosto come una componente essenziale della disciplina al pari della teoria e della pratica operativa.

Un secondo approccio è quello dell'*Evidence Based Practice (EBP)*, introdotto da Cochrane (1971) in ambito sanitario allo scopo di raggiungere una pratica professionale di maggiore qualità. Questo approccio si è poi esteso dal campo della medicina a quello del servizio sociale alla luce della crescente necessità di ridisegnare un sistema di servizi che rispondesse ad una migliore qualità degli interventi programmati in base ad un impegno efficiente delle risorse. L'*Evidence-Based Practice* si pone quindi come obiettivo l'applicazione di un metodo scientifico nelle pratiche del servizio sociale, al fine di rafforzare lo status istituzionale della professione e per garantire la rendicontazione degli interventi attuati. È definito come «l'uso sistematico, esplicito e giudizioso delle prove migliori, al fine di prendere decisioni concernenti il benessere di coloro che sono in condizioni di aver bisogno del servizio sociale» (Sheldon, 1998, p. 16): sistematico in quanto implica il rigetto della nozione di soggettività, in particolare dell'adesione a principi validi secondo l'opinione personale; esplicito in quanto ha bisogno di un riscontro esterno; giudizioso poiché le evidenze basate sulle prove devono essere utilizzate con attenzione e rigore (Galesi, 2007). Si tratta di un approccio che consiste pertanto nell'utilizzo accurato delle migliori evidenze empiriche disponibili da parte del professionista chiamato a prendere delle decisioni rispetto al benessere della persona che ne richiede l'aiuto (Thyer, 2002). Il suo utilizzo favorisce l'oggettività dell'operato professionale, fondando la pratica su risultati precedenti che dimostrino l'efficacia di determinate azioni e permettendo una maggiore equità, attraverso la realizzazione di decisioni, interventi e valutazioni trasparenti (De Bortoli *et al.*, 2016).

Secondo Fargion (2009), l'approccio *Evidence-Based Practice* richiede una certa elasticità di pensiero da parte degli operatori, poiché è necessario affidarsi e accettare l'evidenza empirica, in particolare quando questa va in contrasto con le credenze del professionista.

È opportuno tuttavia sottolineare come gli approcci basati sulle evidenze empiriche abbiano suscitato varie opposizioni: in primo luogo tali modalità

di gestire la pratica quotidiana, presuppongono che il professionista sia in grado di ricercare informazioni e dati che lo sostengano nei processi decisionali. Questa fase però non è svincolata da condizionamenti contestuali, sia di carattere politico sia organizzativo, che concorrono ad influenzare l'analisi del caso, la fissazione degli obiettivi, nonché la selezione della tipologia di intervento. Ci sono, poi, altri fattori che vanno ad influenzare il processo decisionale del professionista, come le rappresentazioni e il vissuto personale, le esperienze professionali, l'età e gli anni di servizio (Segatto e Dal Ben, 2020). Per questo motivo, non è possibile pensare al professionista come un elaboratore autonomo e neutrale delle informazioni. A volte queste influenze vengono percepite come consapevoli, altre volte invece sono del tutto inconsapevoli, e per questo meno controllabili ed isolabili (Galesi, 2007). Questi approcci, pertanto, potrebbero portare ad ignorare la complessità dei processi decisionali propri del servizio sociale, poiché «le relazioni intersoggettive fra gli attori sociali coinvolti sono articolate e strutturate e non possono essere gestite secondo un modello deterministico» (Bosetti, 2004, p. 79).

Un altro punto di riflessione è legato nell'affidamento acritico alle evidenze empiriche disponibili. A volte l'accesso di informazioni non è sempre sufficiente per costruire un buon intervento e per questo è necessario che il professionista sia per primo in grado di effettuare un'efficace selezione delle informazioni che ricava dalla ricerca. Inoltre, è necessario tener presente che il progetto di intervento non nasce unicamente dalle evidenze empiriche disponibili, ma anche dal quadro concettuale che l'operatore si costruisce durante tutte le fasi di lavoro, in particolare attraverso il confronto con la persona. Infatti, l'approccio sembra trascurare degli aspetti che caratterizzano i fenomeni sociali, in particolare la dimensione culturale e valoriale della persona: «nasce dunque la necessità di andare oltre un atteggiamento esclusivamente empiricista, di sudditanza induttiva nei confronti del "dato", per porre in gioco un'interazione più mobile e complessa con gli inevitabili e compresenti processi di deduzione» (Galesi, 2007, pp. 85-86).

Altre critiche vengono mosse dagli approcci cosiddetti post-modernistici, che mettono l'accento sul fatto che i meccanismi causali della realtà non sono immediatamente osservabili e che, per prenderne coscienza, il professionista è chiamato ad analizzare un vasto raggio di teorie esplicative differenti, scegliendo quella più appropriata sulla base della sua coerenza con la situazione problematica e con il suo potere esplicativo (Folgheraiter, 2004).

Una modalità per tenere insieme la prospettiva di ricerca e la prospettiva pratica del servizio sociale, appare attualmente riconosciuta nella riflessione critica del lavoro quotidiano (Sicora, 2005), secondo la quale, durante lo svolgimento del lavoro professionale, gli operatori dovrebbero ricavare del

tempo per ragionare sul proprio operato:

un assistente sociale riflessivo è un professionista che rimette in discussione non solo le consuetudini, ma anche i valori e i principi di fondo delle organizzazioni che programmano, organizzano, gestiscono e offrono servizi sociali, facendone emergere eventuali contraddizioni e disfunzioni (Sicora, 2005, p. 167).

La riflessività sembra allora la chiave per interrogarsi sulla discrezionalità di intervento e sui fattori che influenzano i processi decisionali degli operatori, oltre che per approcciarsi a percorsi di ricerca empirica.

#### 4. In prospettiva

A seguito di questa analisi legata all'utilizzo e allo sviluppo della ricerca nel servizio sociale, appare importante sottolineare come, soprattutto nel contesto italiano, si rilevi la necessità di potenziare l'investimento negli studi e nella raccolta di dati empirici all'interno dei servizi, investimento che ad oggi, si dimostra ancora residuale.

Tale situazione non appare tanto (o solo) attribuibile ad un disinteresse *tout court* da parte dei professionisti, quanto piuttosto alle condizioni di "emergenza quotidiana" in cui gli stessi servizi spesso versano, che fa sì che vengano a mancare gli spazi per un'azione che contrasti logiche meramente riparative e si basi invece su una cultura della ricerca (Albano e Dellavalle, 2015), intesa come momento di sintesi teorico-pratica in cui il sapere si traduce in conoscenza del funzionamento della società, analisi dei bisogni e delle risorse, verifica dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi e dei servizi (Demartis, 2013). Una cultura della ricerca che, non da ultimo, permetterebbe di evitare il rischio di basare il lavoro sociale su *routine* standardizzate e stereotipate (Albano e Dellavalle, 2015), di avere un impatto positivo sulle pratiche di intervento e rispetto all'innovazione di prospettive teoriche ed epistemologiche (Allegrì, 2013) e di contribuire ad accrescere la domanda di senso e di conoscenza per le condizioni e la qualità dell'esistenza (Demartis, 2013).

Pertanto, si auspica lo sviluppo di una maggiore riflessione ed un incremento del ricorso alla ricerca, sia in ambito accademico – di servizio sociale, ma anche in un'ottica interdisciplinare – sia all'interno dei servizi, intesi non solo come "campo di ricerca", ma anche come spazio per la sua realizzazione.

Richiamando Elena Allegrì (2013), alcuni aspetti sembrano cruciali per il potenziamento in questo ambito:

- la necessità di adottare approcci di studio integrati, in grado di considerare i livelli micro, meso e macro e gli aspetti strutturali e dinamici che caratterizzano sia la disciplina di servizio sociale, sia la professione;
- la necessità di superare l’ottica di analisi centrata solo sulla professione;
- la necessità di promuovere ed implementare in ambito universitario percorsi formativi che consentano ai futuri professionisti di acquisire conoscenze e competenze *di e per* la ricerca ed una “cultura della ricerca” come uno degli aspetti fondanti della propria identità professionale.

A questo proposito, la promozione del valore della ricerca nel servizio sociale richiede un costante processo di confronto e di collaborazione tra il mondo accademico e quello degli assistenti sociali, sviluppando la dimensione disciplinare di ricerca accanto a quella disciplinare professionale (Gui, 2004; Cellini e Dellavalle, 2015), in una logica capace di tenere insieme ricerca e riflessività dell’operatore, scienza e creatività, intesa come autentica capacità di innovazione e di promozione dell’investimento professionale e sociale.

## Riferimenti bibliografici

- Albano R., Dellavalle M. (a cura di) (2015), *Metodologia della ricerca e servizio sociale*, Giappichelli, Torino.
- Allegri E. (2013), “Ricerca di Servizio Sociale”, in Campanini A. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Anastas J.W. (2014), *The science of social work and its relationship to social work practice*, «Research on Social Work Practice», 24(5), pp. 571- 580.
- Ashley W., Decker J., Sadzaglishvili S., Priebe N. (2017), *Enhancing the Science of Social Work and Expanding Social Work Research in Transitional Countries*, «Journal of Sociology and Social Work», 5, pp. 20-28.
- Bosetti N. (2004), *Evidence-based practice e servizio sociale: peculiarità e applicabilità. Due posizioni a confronto*, «Rassegna di Servizio Sociale», 4, pp. 67-83.
- Brekke J. S. (2014), *A science of social work, and social work as an integrative scientific discipline: Have we gone too far, or not far enough?*, «Research on Social Work Practice», 24(5), pp. 517-523.
- Brekke J.S. (2012), *Shaping a science of social work*, «Research on Social Work Practice», 22(5), pp. 455-464.
- Brekke J.S., Ell K., Palinkas L.A. (2007), *Translational science at the National Institute of Mental Health: Can social work take its right place?*, «Research on Social Work Practice», 17, pp. 1-11.
- Cellini G., Dellavalle M. (2015), *Il processo di aiuto del servizio sociale. Prospettive*

*metodologiche*, Giappichelli, Torino.

- Cochrane A.L. (1971), *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the National Health Service*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Dal Pra Ponticelli M. (a cura di) (2005), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- De Bortoli L., Ogloff J., Coles J., Dolan M. (2016), *Towards best practice: combining evidence based research, structured assessment and professional judgement*, «Child & Family Social Work», 22, pp. 660-669.
- Decker J.T., Constantine Brown J., Tapia J. (2016) *Learning to Work with Trauma Survivors: Lessons from Tbilisi, Georgia*, «Social Work in Public Health», 32, pp. 53-64.
- Demartis M.R. (2013), *Servizio sociale e ricerca sociale*, «Studi di Sociologia», 51(1), pp. 71-83.
- Engel R.J., Schutt R.K. (2016), *The practice of research in social work*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Fargion S. (2006), *Tra arte e scienza. L'autonomia e i contenuti del servizio sociale*, «Studi Zancan», 7(4), pp. 31-58.
- Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma.
- Folgheraiter F. (1998), *Teoria e metodologia del lavoro sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Folgheraiter F. (2004), *Teoria e metodologia del servizio sociale. La prospettiva di rete*, FrancoAngeli, Milano.
- Galesi D. (2007), *Dall'evidence-based practice al ciclo metodologico del servizio sociale*, «Salute e Società», 2, pp. 81-90.
- Gray M., Webb S.A. (eds) (2010), *Ethics and value perspectives in social work*, Palgrave Macmillan, London.
- Gui L. (2004), *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti di una disciplina*, Carocci, Roma.
- Houston S. (2001), *Beyond social constructionism: Critical realism and social work*, «British Journal of Social Work», 31, pp. 845-861.
- Krishnan A. (2009), *What are academic disciplines?*, Working Paper Series, University of Southampton National Centre for Research Methods, Southampton, England.
- Longhofer J., Floersch J. (2012), *The coming crisis in social work: Some thoughts on social work and science*, «Research on Social Work Practice», 22(5), pp. 499-519.
- Marsh C.M. (2012), *From fish and bicycles to a science of social work*, «Research on Social Work Practice», 22(5), pp. 465- 467.
- Marzotto C. (a cura di) (2002), *Per un'epistemologia del servizio sociale. La posizione del soggetto*, FrancoAngeli, Milano.
- Niero M. (1995), *Metodi e tecniche di ricerca per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Nurius P.S., Kemp S.P. (2012), *Social work, science, social impact: Crafting an integrative conversation*, «Research on Social Work Practice», 22, pp. 548-552.
- Palmer N. (2002), *Reflections on the art of social work practice: A metaphor from the drawing of a swan*, «Affilia», 17(2), pp. 191-205.
- Perino A. (2010), *Il servizio sociale. Strumenti, attori e metodi*, FrancoAngeli, Milano.
- Reid J.R. (2001), *The role of science in social work: The perennial debate*, «Journal of Social Work», 1(3), pp. 273-293.

- Shaw I. (2014), *A science of social work? Response to John Brekke*, «Research on Social Work Practice», 24(5), pp. 524-526.
- Sheldon B. (1998), *Evidence Based Social Services: prospects and problems*, «Research Policy and Planning», 16 (2), pp. 16-18.
- Sicora A. (2005), *L'assistente sociale riflessivo. Epistemologia professionale del servizio sociale*, Pensa MultiMedia, Lecce.
- Sommerfeld P. (2014), *Social work as an action science: A perspective from Europe*, «Research on Social Work Practice», 24, pp. 586- 600.
- Thyer B.A. (2002), *Developing Discipline-Specific Knowledge for Social Work*, «Journal of Social Work Education», 38(1), pp. 101-113.



## *2. Una professione al femminile. Assistenti sociali donne e questioni di genere*

di *Chiara Pattaro e Chiara Bernardi*<sup>1</sup>

### **1. Introduzione**

Ripercorrendo la storia relativa all'origine della professione di assistente sociale nel contesto europeo e nazionale, è possibile evidenziare chiaramente come, fin dalla sua genesi, si tratti di una professione pensata, storicamente e culturalmente, per le donne. Il fenomeno di femminilizzazione della professione rimane tutt'oggi marcato: a dimostrarlo sono le percentuali di Assistenti Sociali donne presenti nel mondo lavorativo, che, relativamente alle iscrizioni all'Albo A e B dell'Ordine Professionale dal 2010 al 2018, rimane sempre superiore al 90% (CNOAS, 2020) e il fatto che i corsi di laurea in servizio sociale continuano ad attrarre una percentuale di studenti maschi inferiore al 10% (Moretti, 2015).

Si tratta di una realtà che, nella quotidianità, viene praticamente data per scontata e rispetto alla quale anche gli studi empirici risultano residuali (Facchini, 2010).

Il mondo del servizio sociale risulta quindi inevitabilmente connesso alla questione di genere sotto molteplici punti di vista:

- l'origine della professione, nata, in modo particolare in Italia, come prolungamento del lavoro di cura delle donne al di fuori delle mura domestiche e che solo successivamente ha fondato le sue radici su basi teoriche e metodologiche (Benvenuti e Gristina, 1998; Dominelli, 2004; Campanini, 2016; Bartholini e Di Rosa, 2016);
- una composizione nettamente al femminile della professione, sia per quanto riguarda il passato ed il presente (CNOAS, 2020), sia per la sua attrattiva nel prossimo futuro (Moretti, 2015);

---

<sup>1</sup> Questo capitolo è frutto di un lavoro condiviso tra le Autrici, tuttavia a Chiara Pattaro vanno attribuiti i paragrafi e sottoparagrafi 1, 3, 4.1 e 4.3 e a Chiara Bernardi i paragrafi e sottoparagrafi 2, 4.2 e 5.

- il tema delle diverse caratteristiche attribuite dal senso comune alle donne e agli uomini, che vedrebbero le prime più attente alle capacità di gestione delle relazioni e alle modalità comunicative, i secondi invece più inclini ai ruoli di leadership (Moretti, 2015).

Rimangono quindi molte domande aperte su quanto ed in che modo queste dimensioni si riflettano nell'organizzazione e nelle pratiche del lavoro e nella professione in sé.

Partendo da questi presupposti il capitolo intende analizzare, dal punto di vista teorico prima, e attraverso i risultati di una ricerca empirica svolta nel territorio vicentino poi, la questione di genere all'interno della professione, soffermandosi sull'immagine e sulle opinioni che le assistenti sociali donne hanno riguardo alla femminilizzazione del servizio sociale, oltre che sulle eventuali criticità legate al genere e sulle strategie presenti per fronteggiarle.

## **2. Storia di un lavoro “da donne”**

La storia delle professioni di cura è accompagnata da un percorso “sfilacciato” fin dalle sue origini, caratterizzato da fasi di continuità e fasi di rottura.

Considerando l'appartenenza storica del lavoro di cura alle donne, svariati studi mettono in luce come questa pratica fosse quasi esclusivamente pensata per la donna, dalla figura medievale della curatrice, esperta di erbe e di rimedi, alla levatrice, competente di assistenza alle partorienti, alla “nana” giamaicana (Kitzinger, 1987), descritta come autorevole e materna. Il curare comprendeva il prendersi cura, il condividere, il compatire e il sapere ascoltare il dolore. L'origine di tali professioni, da un lato, rimanda al pensiero per cui non vi è una netta scissione tra lavoro domestico e lavoro fuori casa e, dall'altro, contrasta con il sistema culturale che naturalizza la separazione della donna dalla scienza e dal sapere. Già nell'Ottocento iniziano ad essere marcate alcune distinzioni di genere in ambito professionale e si evidenzia una vera e propria scissione tra donna-assistenza-cura e uomo-medicina: il curare diventa infatti patrimonio scientifico ed esclusivo dei medici, l'aver cura e il prendersi cura rimane in mano alle donne, gestito nel privato e dalle famiglie (Fargion, 2009). Emerge quindi una separazione tra quelle che prima erano considerate pratiche univoche e convergenti, arricchendo, da un lato, le pratiche di cura e svalutando, dall'altro, quelle del prendersi cura (Badolato, 1993).

Negli anni successivi, si apre una tendenza alla professionalizzazione delle competenze di assistenza e di cura, in una modalità in cui quelle che vengono considerate una sorta di “abilità” spontanee delle donne diventano

attributi esigui rispetto alla tecnica scientifica e all'oggettività dei comportamenti, in una contrapposizione tra intelligenza ed emozioni e contatto/relazione e tecnica/sapere. Dai regolamenti del 1912 emerge, ad esempio, come le infermiere laiche debbano essere nubili o vedove e senza prole per poter svolgere in modo "neutro" il proprio operato, secondo i ragionamenti dell'epoca che sembrano avvicinarsi più alle regole militari che alle pratiche di un lavoro con le persone (Badolato, 1993).

Nel XX secolo in Italia, con l'avvento del fascismo, si enfatizzano le pratiche della maternità da un lato e quelle delle assistenti sociali e sanitarie come figure di controllo e di supervisione dall'altro. Più precisamente, negli anni '50 la distanza tra la cura medica e il prendersi cura si amplia ulteriormente per la tecnica, per il linguaggio e per il dislivello di potere, potenziando sempre più la cultura dell'esperto, da un lato, e depotenziando l'ottica dell'assistenza dall'altro.

Successivamente, il movimento femminista degli anni '60, critica questa visione distorta e divisiva, mettendo in discussione questa idea di organizzazione della cura e dell'assistenza e cercando di promuovere la collaborazione e la messa in comune di competenze da parte delle varie professioni che convergono verso uno stesso scopo. Fino ad arrivare agli anni '70, quando si ragiona sulla figura di un operatore "unico", che cerchi di agire sia in termini di cura che di "prendersi cura".

La storia della professione dell'assistente sociale segue tutto il percorso descritto, perché, tra le professioni di aiuto, è probabilmente quella che, in misura maggiore, è nata e si è sviluppata all'interno di una cornice squisitamente femminile (Dominelli, 2004; Campanini, 2016; Bartholini *et al.*, 2016).

Come nei Paesi europei le origini del servizio sociale si ritrovano nel costituirsi di alcuni gruppi di donne dedite alle attività filantropiche e creative proiettate nelle attività di cura (Fargion, 2009), anche in Italia, infatti, la professione affonda le sue radici su un terreno di vocazioni femminili e istinti caritatevoli che, a partire dal primo '900 si diffondono all'interno della struttura sociale attraverso l'azione di gruppi di donne emancipate che diedero vita a varie iniziative organizzando attività a cavallo tra la sfera familiare e domestica (Benvenuti e Gristina, 1998; Pieroni e Dal Pra Ponticelli, 2005).

Il lento percorso di professionalizzazione dell'assistente sociale (che ha visto tra le tappe più significative la nascita delle scuole dedicate, la creazione dell'Albo professionale, sino all'istituzione dei corsi di laurea) è apparso frequentemente connesso alla questione di genere (Dal Ben, 2018):

non è provocatorio chiedersi se il cammino lento e faticoso della professione, il suo agire nascosto, non abbiano a che fare con il suo essere lavoro di donna, lavoro cioè assimilato alla dedizione e alla missione gratuita e generosa che non chiede né ha bisogno di riconoscimenti economici e di carriera (Benvenuti e Gristina, 1998, p. 121).

Questa storia ha lasciato il segno su alcune delle pratiche del lavoro sociale, in una rimozione di ciò che è considerato femminile e in contrasto con la professionalità e una valorizzazione dell'atteggiamento neutro e distaccato (Badolato, 1993).

Se, nel tempo, il lavoro sociale ha cercato di rendersi neutro, cancellando le caratteristiche considerate proprie della donna (emozioni, coinvolgimento personale, vicinanza nella cura), per rendere la professione "più razionale" e basata su un sapere tecnico e più specializzato (Connell, 2012), ciò ha però portato a esiti contrapposti e contraddittori. Da un lato, ad un maggiore riconoscimento istituzionale e formale della professione, dall'altro al nascere di ulteriori criticità, sia nelle relazioni verticali che orizzontali nella prassi lavorativa, dovute alle difficoltà nel rapportarsi con i colleghi e con i superiori. E ancora, da un lato, l'acquisizione di un sapere teorico e metodologico ma, dall'altro, la necessità di scientificizzare ogni pratica di un lavoro che per decenni si è basato sull'esperienza (Dal Ben, 2018).

Inoltre, almeno in parte, proprio perché si tratta di una professione al femminile, stenta ad affrancarsi da un'immagine di scarso prestigio, con un tardivo accesso al contesto universitario nella sua evoluzione e con un investimento scientifico residuale (Segatto, 2018), connesso anche ad una scarsa presenza femminile nel mondo accademico che contribuisce a minare la credibilità delle competenze sul piano teorico e metodologico (Di Rosa, 2016).

Tutte queste criticità, che la professione continua ad affrontare nel suo percorso di legittimazione, incidono negativamente sull'identità professionale dei singoli operatori e sulla categoria di assistente sociale più in generale (Dal Ben, 2018), in una modalità che si intreccia e si interseca con la questione di genere.

### **3. Metodologia della ricerca**

A partire dai presupposti presentati nel paragrafo precedente, l'obiettivo generale della ricerca è stato quello di indagare la questione di genere nella professione di assistente sociale, con l'intento di far emergere, attraverso la narrazione di alcune assistenti sociali, eventuali criticità e strategie relative all'essere donna e assistente sociale.

L'obiettivo generale è stato quindi declinato nei seguenti obiettivi specifici, volti a verificare se:

- quella di assistente sociale sia considerata ancora una professione al femminile sulla base di capacità e caratteristiche richieste dal ruolo e legate alla dimensione di genere;
- emergano eventuali criticità legate al genere nella professione e, nel caso, quali ambiti della professione investano maggiormente;
- quali strategie vengano messe in atto nel far fronte alle eventuali criticità.

L'obiettivo è stato perseguito utilizzando una metodologia di ricerca qualitativa o, secondo più recenti approcci epistemologici, non-standard (Maradi, 1996; Nigris, 2003). Se la ricerca *standard* ha il compito di «dimensionare fenomeni in base ad un vocabolario», la ricerca *non-standard* mira invece a «creare le categorie analitiche in base a cui ciò è possibile – le voci di quel vocabolario» (Nigris, 2003, p. 43).

All'interno di questa metodologia, si è scelto di non collocare le interviste dentro schemi di risposta prestabiliti, ma di cogliere le loro categorie mentali, con l'obiettivo di cercare di comprendere il modo in cui vedono il mondo, ossia le loro rappresentazioni sul fenomeno studiato, quale terminologia usano, in che modo presentano i loro giudizi. Il fine è quello di catturare la complessità delle loro percezioni ed esperienze individuali e fornire una cornice entro la quale le intervistate possano esprimere il proprio modo di sentire con le loro stesse parole (Patton, 1990).

A questo proposito, lo strumento utilizzato è stato quello dell'intervista di tipo misto tra una semi-strutturata e un'intervista non direttiva (Bichi, 2002). Si tratta di uno strumento che si propone di coniugare i vantaggi di entrambe, essendo flessibile e centrato sul percorso di esperienza del soggetto da un lato, ma sufficientemente direttivo per quanto riguarda l'ambito del discorso, dall'altro (Nigris, 2018). È infatti l'intervistatore a decidere lo stile della conversazione, le parole da utilizzare, quando e cosa chiarire, potendo decidere di sviluppare anche temi non previsti, che nascono all'interno della narrazione, sviluppando ulteriormente la comprensione o approfondendo ulteriormente le risposte fornite (Bichi, 2007).

La traccia di intervista ha previsto, dopo la richiesta di alcuni dati socio-anagrafici volti a ricostruire le caratteristiche delle intervistate e il loro profilo formativo e professionale, l'esplorazione dei seguenti nuclei tematici:

- un primo insieme di domande ha cercato di cogliere la percezione delle intervistate sulla femminilizzazione della professione di assistente sociale;

- la seconda area tematica ha indagato l'ambito delle presunte “caratteristiche femminili” della professione nella rappresentazione delle intervistate;
- con il terzo nucleo di domande, si è cercato di raccogliere informazioni relative alla percezione delle intervistate in merito ad eventuali differenze di genere colte durante le pratiche lavorative (nel relazionarsi con colleghi, utenti, equipe, ecc.) ed eventuali tensioni nel lavoro derivanti dall'essere donna. Sono state poi indagate le strategie messe in atto dalle intervistate per far fronte alle eventuali tensioni identificate in relazione al genere;
- un ulteriore insieme di domande ha avuto lo scopo di indagare le opinioni in relazione ai ruoli dirigenziali, e se e in che modo il genere fosse considerato una variabile interveniente nei percorsi di carriera;
- infine, si è lasciato lo spazio per alcune riflessioni libere in merito al tema trattato che le intervistate eventualmente volessero condividere.

La procedura di *snowball sampling* utilizzata ha portato alla realizzazione di 20 interviste ad altrettante Assistenti Sociali che svolgono la loro azione professionale in diversi servizi, di base e specialisti, appartenenti al territorio dell'Azienda AULSS 8 Berica<sup>2</sup>.

Le intervistate hanno un'età compresa tra 34 e i 62 anni, nello specifico, per l'analisi dei risultati, si è deciso di suddividere le rispondenti nelle seguenti fasce: fino ai 35 anni (1 professionista); dai 36 ai 45 anni (9 professioniste); dai 46 ai 55 anni (5 professioniste); oltre i 56 anni (5 professioniste).

Per quanto concerne il titolo di studio, dodici intervistate hanno concluso la laurea triennale, integrandola poi con il percorso magistrale; altre otto professioniste hanno invece concluso il loro percorso formativo con la laurea triennale entrando subito dopo nel mondo del lavoro.

Le interviste, registrate e poi trascritte, sono state quindi sottoposte ad un'analisi tematica del contenuto, attraverso la costruzione progressiva, incrementale e condivisa tra le ricercatrici, di un insieme di categorie (Nigris, 2018).

Seguendo quindi un approccio *non standard*, i risultati vengono illustrati attraverso la ripresa di stralci di interviste e brevi narrazioni, cercando di proporre una sorta di “fotografia” dei pensieri delle intervistate (Corbetta,

---

<sup>2</sup> Alle professioniste è stata inizialmente inviata la richiesta di adesione accompagnata da una lettera di presentazione della ricerca; tutte coloro che si sono rese disponibili per l'intervista sono poi state contattate telefonicamente per fissare un appuntamento; in sede di appuntamento è stato spiegato nuovamente l'obiettivo della ricerca ed è stato richiesto di firmare il consenso informato alla partecipazione.

2014), con l'obiettivo di comprendere ed interpretare il loro punto di vista, pur mantenendo un'attenzione particolare ai macro temi indagati.

Si tratta quindi di una ricerca esplorativa, i cui risultati non possono essere generalizzati, ma permettono di mettere in luce alcune tematiche emergenti, utili per riflettere sulle complesse dinamiche legate alla dimensione di genere nella professione di assistente sociale.

## **4. I risultati**

### *4.1. Professioni di aiuto, professioni da donna?*

Abbiamo visto come, relativamente alla femminilizzazione della professione, a partire dagli anni '50, impostazioni tipicizzate della divisione del lavoro (in qualche modo prestabilite) vedono l'uomo più orientato alla carriera, ai lavori ben retribuiti, alle posizioni più ambiziose e di responsabilità, mentre le donne, a causa della difficoltà di conciliare professione e famiglia, o per le minori possibilità di carriera che si presentano loro o, ancora, per la selettività di molte professioni, tendono ad occupare contesti e professioni con un certo grado di "segregazione" (Gucciardo, 2016). A ciò si aggiunge il persistere di una maggiore presenza femminile nelle professioni sociali, in quelle socio-sanitarie, e in quelle relative all'istruzione, alla formazione e all'educazione (Baccolini, 2005).

A questo proposito, una parte rilevante dell'intervista proposta alle assistenti sociali che hanno partecipato alla ricerca ha indagato questi aspetti attraverso le domande: *"Dai dati dell'Ordine Nazionale del 2018 emerge come quella dell'assistente sociale sia una professione prevalentemente al femminile. Infatti, oltre il 90% delle iscritte sono donne. Vuole condividere una sua riflessione in merito?"*; *"Quali sono secondo lei le motivazioni di questa declinazione al femminile?"*

Le risposte delle intervistate hanno visto emergere, in prima battuta, la considerazione condivisa che quella dell'assistente sociale sia una professione collegata a pratiche e caratteristiche associate al genere.

Sì, prevalentemente quello dell'assistente sociale viene visto come un ambito di cura, e solitamente, anche nel passato, è sempre stata associata al mondo femminile... (Int. 20, classe di età: 36-45 anni).

Dalle risposte emerge anche che una parte delle intervistate tende a riprodurre le stesse visioni stereotipate di genere a cui, spesso, come professioniste, sono sottoposte:

... Secondo me il prendersi cura, proprio per natura, è femminile...secondo me questa è una professione che uno sceglie se ha un buon senso del prendersi cura. Forse nei maschi è meno sviluppato o ce l'hanno in modo diverso, si prendono cura in modo diverso rispetto al nostro, che è più relazionale... (Int. 5, classe di età: 36-45 anni).

È una propensione della donna quella di donarsi e dedicarsi agli altri più degli uomini, ecco. Non che gli uomini non siano in grado, eh, assolutamente. Però credo sia una caratteristica più delle donne (Int. 19, classe di età: 36-45 anni).

Un altro gruppo, però, problematizza maggiormente questo aspetto, riflettendo su come gli stereotipi di genere siano rilevanti nella socializzazione e nella riproduzione di genere (Abbatecola e Stagi, 2017), e su come potrebbe essere possibile metterli in discussione e cercare di decostruirli attraverso un'educazione volta alla cultura delle pari opportunità (Biemmi, 2017) che possa affrancare dall'utilizzo di "etichette" che inquadrano maschi e femmine in ruoli predefiniti.

Io credo che culturalmente c'è l'idea che la donna sia più predisposta alla cooperazione, all'ascolto, all'aiuto, anche relativamente al fatto che le donne in casa da sempre si aiutavano tra di loro. E poi c'è anche un'idea che questo lavoro e quindi l'entrare a contatto con le proprie emozioni sia più femminile e che riguardi più la donna, quando invece anche l'uomo prova emozioni, potrebbe essere più educato a far emergere questa parte di sé... (Int. 9, classe di età: fino a 35 anni).

Penso che sia sempre legato alla struttura dell'organizzazione sociale, nel senso che la donna è sempre e ancora deputata alla cura, alla crescita, all'accogliere, all'ascolto. Credo sia una cosa culturale e non una caratteristica innata... (Int. 11, classe di età: oltre i 56 anni).

Un ulteriore tema che emerge fortemente sia in letteratura che dalle interviste realizzate nel contesto vicentino, è la questione della delegittimazione della professione dell'assistente sociale, in termini associati al genere.

Se la percezione di questa delegittimazione e dello scarso riconoscimento della professione è affiorata trasversalmente nel corso dell'intervista, questo tema è emerso poi in modo più diretto nelle risposte alla domanda: "*Essere donna, secondo lei, incide in qualche modo nel suo lavoro?*"



Per alcune delle intervistate, ad incidere direttamente sullo scarso riconoscimento sociale della professione non è tuttavia il genere, quanto il fatto che la professione sia delegittimata e scarsamente retribuita.

Io non credo sia un problema di genere. C'è proprio un problema che quando fanno i tagli li fanno là, e quindi c'è questo mondo sociale che probabilmente non ha voce e i nostri utenti non hanno voce. E...siamo anche in pochi. Ricordo i primi scioperi che facevamo. I nostri responsabili di servizio dicevano: "ah beh, potete fare sciopero, tanto non se ne accorge nessuno". Non sono cose belle da dire queste. Per cui, secondo me, no, non dipende dal genere (Int. 6, classe di età: 46-55 anni).

Una delegittimazione, questa, che richiama alcuni nodi critici della professione in Italia e che rimanda a sua volta ad una più ampia crisi e all'ineadeguatezza del sistema di welfare a rispondere a vecchi e nuovi bisogni sociali (Allegri, 2012), con il rischio che la professione stessa «si isterilisce su posizioni e atteggiamenti meramente burocratici a scapito della centralità della promozione dei diritti sociali e del benessere delle persone e delle comunità» (Ascoli e Sicora, 2017, p. 13).

Per altre intervistate, invece, pur rimanendo centrale la questione legata allo scarso riconoscimento della professione e allo spiazzamento nei confronti della "rarefazione del welfare" (Allegri, 2012), questa si interseca in parte con la questione di genere.

...io ho incontrato nel mio percorso anche dei colleghi assistenti sociali uomini, purtroppo pochi. Credo ci sia anche uno scarso riconoscimento, quindi un maschio ha difficoltà ad avvicinarsi a questa professione, perché ci sono scarse retribuzioni, poche soddisfazioni, poche gratificazioni, pochi riconoscimenti... (Int. 15, classe di età: oltre i 56 anni).

Poi, calcola anche che non è una professione particolarmente remunerativa...e quindi anche gli uomini che si avvicinano alla professione non sono tanti (Int. 20, classe di età: 36-45 anni).

Di fatto, analisi ormai consolidate nel campo delle disuguaglianze di genere riferite al mondo del lavoro evidenziano come la sistematica svalutazione di una professione contribuisca a ridurre i salari. Allo stesso modo, inoltre, nelle occupazioni che vedono una sovra rappresentazione delle donne, raramente i salari aumentano (Cohen e Huffman, 2003). Le minori retribuzioni associate ad una prevalenza femminile sono il risultato quindi di un insieme di concause date dalla svalutazione sociale della professione, da

tradizioni radicate e da stereotipi professionali di genere, alimentati dalla disuguaglianza di genere, che contribuiscono a loro volta alla svalutazione di alcune professioni, come il lavoro sociale.

#### *4.2. Essere donna e assistente sociale*

Da una dimensione maggiormente sociale, in una seconda parte dell'intervista si è poi passati ad indagare un versante più personale legato all'essere donna nella professione e alle eventuali criticità che questo può comportare.

Come emerge già in altre ricerche (si veda a questo proposito Pattaro e Nigris, 2018), anche in questo contesto le narrazioni rimandano alla rappresentazione per cui la figura femminile viene spesso considerata meno adatta a gestire relazioni che implicano dinamiche di potere. A questo proposito, in alcune circostanze

accettare che sia una donna ad avere una funzione di accompagnamento, sostegno o anche di controllo o “comando” all'interno della presa in carico, sembra più complesso rispetto alla situazione in cui l'assistente sociale è uomo (Dal Ben, 2018, p. 191).

Nei confronti della relazione con l'utente, i racconti delle intervistate vanno proprio in questa direzione:

Gli uomini secondo me sono visti più come una figura da rispettare, autorevole e una donna fa molta più fatica a rivendicare il suo ruolo in questi termini... (Int. 11, classe di età: 46-55 anni).

Anche la variabile età sembra incidere e correlarsi con quella di genere, in una dinamica per cui più un'operatrice è giovane (e donna), più il suo ruolo di assistente sociale tende ad essere messo in discussione e poco riconosciuto (Dal Ben, 2018):

In questo periodo adesso mi aiuta l'età, perché avere sessant'anni e averne trenta cambia. Io vedo come gli utenti guardano le tirocinanti: che bella, giovane. Oltre all'essere donna, secondo me l'età incide molto sul modo di rapportarsi degli utenti... (Int. 10, classe di età: oltre i 56 anni).

Questi fattori collegati ad alcune caratteristiche degli utenti (in primis il loro background socio-culturale e, in alcuni casi, la provenienza) portano ad un ulteriore sentito da parte delle intervistate di mancato riconoscimento della donna e della professione in sé.

Sì, mi è capitato di percepire una diversa modalità di rapportarsi da parte dell'utente per il fatto di avere una donna davanti. In particolare con quegli utenti stranieri provenienti da contesti culturali ancora più maschilisti della nostra cultura. Mi son successe situazioni dove la persona che avevo davanti non voleva proprio interfacciarsi con me, derivante a mio avviso proprio dalla questione di genere, anche se fortunatamente non ho mai subito aggressioni o tensioni particolari... (Int. 2, classe di età: 36-45 anni).

Sì, la figura femminile è più a rischio a mio avviso, perché ad esempio con l'utente che ha un'idea della donna come soggetto servile, sottomesso, sei in una posizione down. Io qualche volta ho pensato che se qui ci fosse un uomo sarebbe diverso... (Int. 8, classe di età: 36-45 anni).

Interessanti poi le strategie che le professioniste mettono in atto per far fronte alle situazioni di maggior disagio e conflitto.

Il rimando in questo caso è soprattutto al tema dell'aggressività nei confronti degli assistenti sociali. Le ricerche in ambito europeo ed italiano evidenziano a questo proposito un fenomeno estremamente diffuso e dalle proporzioni crescenti, nel quale tante variabili e dimensioni si intersecano, coinvolgendo aspetti organizzativi, fattori psicologici e sociali e anche questioni di genere, data la colorazione "in rosa" delle professioni di aiuto (European Agency For Safety And Health At Work, 2010; Sicora, 2014; Sicora e Rosina, 2019).

La prima strategia (6 intervistate su 20) vede le professioniste avvisare o coinvolgere i/le colleghi/e (indipendentemente dal genere) per effettuare colloqui in coppia con gli utenti particolarmente difficili o rispetto ai quali si avverte la necessità di proteggere la propria incolumità:

Andare a fare i colloqui assieme è una strategia che adottiamo spesso (Int. 9, classe di età: fino a 35 anni).

Io credo che in alcuni casi sia necessario davvero proteggersi, trovare un modo per proteggersi; il primo elemento per proteggersi e in questo modo si proteggono anche gli altri, che non sono in grado di fermarsi con alcuni comportamenti...trovare delle strategie, anche gruppal, se è possibile, o trovare un riferimento (Int. 13, classe di età: oltre i 56 anni).

La seconda strategia (4 intervistate su 20) implica il contattare le forze dell'ordine o figure professionali di responsabilità che ricoprono un ruolo di maggior autorevolezza per far fronte alle situazioni più complesse:

Fortunatamente abbiamo sempre avuto un'ottima collaborazione con l'amministrazione e con i responsabili, per cui l'assessore nostro di riferimento, il

sindaco, nel momento in cui gli abbiamo fatto una relazione dettagliata, sul pericolo fisico, perché noi dobbiamo tutelarci anche su questo (Int. 16, classe di età: 36-45 anni).

Poi, quando le cose si facevano troppo pesanti, anche io ho rinunciato. E ho denunciato alle forze dell'ordine. Nel caso specifico di una persona, poi questa è tornata indietro e si è scusata e credo che da quel momento abbia capito quale è il confine. Solo che credo sia più utile ridefinirlo prima anche da parte nostra e dire "questo è il contesto, io sono l'operatore e così è" (Int. 8, classe di età: 36-45 anni).

Infine, la terza strategia, quella maggiormente utilizzata (la richiamano infatti metà delle intervistate) prevede il coinvolgimento del collega uomo per far fronte alle relazioni conflittuali con utenti particolarmente aggressivi.

... se hai l'opportunità di farlo, cioè se nell'equipe c'è un maschio, è inutile negarlo, lo fai. Lo chiedi, perché secondo me è uno svantaggio che noi sentiamo dentro e come donne assimiliamo culturalmente nella nostra crescita. La nostra è una cultura dove la donna è più debole, mentre l'uomo è più forte. Quindi ad una donna viene spontaneo chiedere aiuto ad uomo, perché da sempre c'è questo retaggio che da sempre l'uomo mi difende, l'uomo mi aiuta, e l'uomo probabilmente viene aggredito meno di me. [...] Poi, nella mia esperienza ho avuto colleghi che mi hanno sostenuta e aiutata, e colleghi che mi hanno risposto arrangiati (Int. 19, classe di età: 36-45 anni).

Beh, sì, succede che quando c'è qualche paziente particolarmente aggressivo, tra di noi lo si dice: l'uomo può fare la differenza insomma... (Int. 14, classe di età: 46-55 anni).

Come già rileva Dal Ben (2018), se nella complessità di alcune situazioni la presenza di due operatori può rivelarsi utile in termini di gestione della comunicazione, scambio di opinioni, doppia testimonianza di quanto rilevato, confronto su pareri professionali o ipotesi di intervento, ecc., questa strategia non dovrebbe tuttavia essere basata sulla combinazione maschile e femminile per legittimare il ruolo e l'operato delle donne, e nemmeno per questioni di sicurezza. Nei casi in cui il professionista ritenga che una determinata situazione debba essere sostenuta dalla presenza di terzi, quali un assessore/assessora, piuttosto che un/una dirigente del servizio, ciò dovrebbe avvenire a fronte della necessità di coinvolgere altri livelli istituzionali e non in riferimento al genere di queste figure.

La visione del rapporto uomo-donna nella professione è stata poi ulteriormente approfondita, facendo emergere dalle risposte delle intervistate come, da un lato, il fatto che gli uomini siano una minoranza tenda a collocarli in una posizione di dominio simbolico-culturale (Bartholini, 2016). Dall'altro

– così come evidenziano anche precedenti ricerche in diversi ambiti professionali (si veda ad esempio Fedi *et al.*, 2017) – gli orientamenti culturali e sociali prevalenti sembrano giocare un ruolo fondamentale nel definire vincoli, opportunità e condizionamenti più o meno taciti che si dimostrano piuttosto influenti nella rappresentazione di molte (14 su 20) delle professioniste intervistate:

... l'uomo forse tende a ruoli più di rilievo... (Int. 16, classe di età: 36-45 anni).

... questo li rende più competitivi, più appetibili, li rende più interessanti e hanno questa marcia in più rispetto alle donne in genere che molto meno, salvo qualche eccezione, fanno uso di tecnologie. [...] aggiunga il fatto che essere uomini li facilita comunque, secondo me, sempre per quelle storie ab origine culturali per cui si tende a vedere l'uomo "più giusto nella carriera", è "più giusto che la faccia lui rispetto che la donna". E quelle poche donne che la fanno e riescono ad ottenere qualche posizione più di rilievo, lo fanno con estrema fatica (Int. 1, classe di età: oltre i 56 anni).

Sebbene in numero inferiore rispetto alla posizione precedente, alcune professioniste (6 su 20) focalizzano invece la loro visione dell'interazione professionale con la figura maschile in un'ottica di integrazione all'interno del servizio per dare risposte più esaustive alle complessità in continuo mutamento. Il rapporto uomo-donna in ambito professionale viene allora considerato prevalentemente in chiave di promozione del confronto di punti di vista differenti.

E comunque possono essere un valore aggiunto nella professione. Una marcia in più nel senso che danno un punto di vista diverso. Se ci sono un maschio e una femmina che lavorano potrebbero avere un punto di confronto diverso (Int. 10, classe di età: oltre i 56 anni).

... è una ricchezza la differenza, in termini assoluti. Crea un valore, quindi, i contesti mono genere sono più poveri, sia in un senso che nell'altro [...] credo ci sia una grande ricchezza nella diversità (Int. 8, classe di età: 36-45 anni).

Inoltre, nonostante i vari aspetti di criticità emersi nelle narrazioni delle assistenti sociali intervistate, emergono tuttavia anche alcuni spunti operativi «per utilizzare il genere e il ruolo professionale come facilitatore nella costruzione di relazioni positive e orientate al cambiamento. Rispetto, chiarezza, trasparenza e accoglienza, sono le parole chiave di questi processi» (Dal Ben, 2018, p. 199). Si evince, infatti, che il riconoscimento di ruolo da

parte dell'utenza si verifica più facilmente qualora la professionista si dimostri esplicita rispetto al proprio ruolo e mandato istituzionale, nonché in relazione al progetto di aiuto e alle azioni che devono essere condivise con la persona (ibidem).

Talvolta come ulteriore facilitatore viene inteso anche il genere stesso, quando, di fronte a problematiche molto intime, avere di fronte un operatore dello stesso sesso può favorire la sensazione di sentirsi maggiormente a proprio agio e agevolare così l'instaurarsi di una relazione di fiducia:

... da una parte l'essere donna e avere una donna di fronte fa sì che le persone si sentono più a loro agio a parlare di argomenti magari più delicati, ecc. Perché vedo che a volte si confidano completamente, anche perché la maggior parte degli utenti che ho di fronte son donne, per cui non so se si trovassero un uomo davanti probabilmente determinate tematiche, magari sessuali, più intime, ecc., non riuscirebbero ad affrontarle... (Int. 16, classe di età: 36-45 anni).

#### 4.3. Perché (non) fare la responsabile?

Come succede per altre aspettative, anche le credenze di genere e di ruolo si basano su un consenso diffuso ed esistono come ideologie socialmente costruite e condivise. Inoltre, gli stereotipi informano – e sono a loro volta imbevuti di – cultura e pratiche organizzative e sociali (Fedi *et al.*, 2017).

In particolare, gli stereotipi connessi ai ruoli di genere possono avere un impatto sulla percezione delle proprie competenze ed abilità, tanto che, in molti casi, le donne tendono a considerarsi meno adatte per occupare posizioni di potere e responsabilità (Bosak *et al.*, 2008) e soprattutto a considerare, in misura maggiore rispetto agli uomini, i possibili costi relazionali e familiari relativi all'eventuale assunzione di posizioni lavorative apicali, nonostante valutino positivamente tali ruoli (Fedi *et al.*, 2017).

Sebbene negli anni e dopo varie e ripetute lotte, ancora in corso, per la parità di genere, nel mondo occidentale le donne abbiano guadagnato accesso a pressoché tutti i settori del lavoro, le disparità sostanziali nel raggiungimento di posizioni lavorative apicali continuano a persistere e le posizioni di status più elevato rimangono una prerogativa tipicamente maschile, mentre le donne tendono a rimanere bloccate in posizioni organizzative intermedie (Fedi *et al.*, 2017; World Economic Forum, 2020). Inoltre, anche quando raggiungono posizioni apicali, spesso per le donne rimane difficile essere riconosciute ed accettate come leader, i loro percorsi di carriera sono più accidentati e il loro potere decisionale minore (Fedi *et al.*, 2017).

In questo contesto di fondo, il tema della carriera è stato esplorato attraverso una domanda finale volta a suscitare una riflessione sia relativamente alla richiesta di indicare, in termini di genere, da chi fossero ricoperte le cariche dirigenziali/i ruoli di responsabilità con cui le intervistate vengono in contatto, sia chiedendo quale fosse il loro punto di vista in merito.

Ne emerge un riconoscimento pressoché unanime di un forte disequilibrio numerico nelle posizioni di leadership nel servizio sociale in favore degli uomini: questa fotografia richiama le dinamiche di disuguaglianza presenti negli ambienti di lavoro e rimanda all'effetto *glass escalator* (scala mobile di cristallo) (Williams, 1992), per cui gli uomini, anche nelle professioni a prevalenza femminile, tendono a beneficiare di un privilegio di genere e di vantaggi strutturali che aumentano le loro opportunità di carriera.

Di conseguenza, nell'ambito del lavoro sociale (come del resto in molti altri), le donne tendono a ricoprire ruoli subordinati, mentre i loro colleghi maschi a ricoprire maggiormente posizioni di leadership.

Rispetto a questo disequilibrio, tuttavia, si evidenziano un diffuso disinteresse e una scarsa aspirazione nel ricoprire tali ruoli da parte delle professioniste (sia delle intervistate stesse che, secondo la loro percezione, da parte delle colleghe), dovuto sostanzialmente a tre motivazioni principali, che come vedremo, sono almeno in parte tra loro collegate e rimandano tutte ad una marcata dimensione di genere, variamente collegata al tema della conciliazione tra lavoro e vita privata.

Alcune, riflettendo sulla svalutazione del lavoro sociale in termini di bassa retribuzione e mancanza di opportunità promozionali, non reputano vantaggioso occupare cariche di responsabilità o dirigenziali, dato lo scarso riconoscimento economico che ne deriverebbe, a fronte di un aumento considerevole di investimento in termini di tempo, anche a scapito della vita familiare:

Le dirigenze di questo settore, appunto i servizi sociali, che razza di dirigenze vuoi che siano? Non avranno di certo dei salari straordinari i nostri responsabili o dirigenti. È evidente che una donna che deve dire: "beh faccio la dirigente a fronte di 2000 euro al mese e rinuncio completamente alla famiglia, oppure seguo i miei figli e prendo 1000 euro in meno dirà: mi tengo la famiglia e cresco i miei figli perché non è un lavoro remunerativo questo" (Int. 1, classe di età: oltre i 56 anni).

Un secondo gruppo di intervistate pone l'attenzione su una debolezza intrinseca alla professione nei confronti di altre (ad esempio quella medica e

psicologica), storicamente più riconosciute, ma anche meno connotate in termini femminili, che più facilmente tendono a ricoprire ruoli di leadership all'interno dei servizi:

Sicuramente è anche un dato che dimostra che certe professioni, storicamente, sono più riconosciute e più forti. Quindi potrebbe esserci un nesso anche del fatto che noi donne in primis non puntiamo a certi livelli perché ci accontentiamo (Int. 2, classe di età: 36-45 anni).

È evidente tuttavia come anche in questa seconda posizione si intersechino diverse dimensioni, che contemplano anche quella di genere e rimandano in qualche modo alla terza, nella quale la difficoltà da parte delle intervistate di conciliare la vita professionale con quella privata (in parte già presente nelle precedenti) emerge in modo più netto.

La donna, secondo me, almeno la maggior parte, nemmeno si mette ad ambire, a provare ad arrivare a quella posizione, perché porta a dover fare delle scelte ulteriori, porta via tempo alla famiglia, deve fare ulteriori concorsi, ha maggior responsabilità, se ha figli poi, perché è difficile conciliare famiglia e lavoro... (Int. 11, classe di età: 46-55 anni).

La donna riveste sempre un ruolo più di umiltà, per non parlare poi degli aspetti pratici della vita familiare e vita professionale. Della gestione della famiglia, mi hai fatto molto pensare, perché son poche le donne che se la sentono di investire la loro vita in una carriera lavorativa, perché secondo me la maggior parte non se la sente, perché possono fare un tot di ore. Anche se a me proponessero di fare la direttrice, queste son le ore che riesco e posso fare... (Int. 12, classe di età: 36-45 anni).

Dalle parole delle intervistate si evidenzia quindi in tutta la sua forza il tema della difficoltà nella conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita (*work-life balance*).

È noto a questo proposito il forte divario di genere nello svolgimento dei compiti familiari e nel lavoro di cura (sia in relazione ai minori che agli anziani) e la difficoltà, soprattutto per le donne – anche quando entrambi i partner sono impegnati nel lavoro extra-domestico e contribuiscono in egual misura al reddito familiare – nella conciliazione famiglia-lavoro retribuito nel contesto italiano, che presenta un divario di genere tra i più accentuati d'Europa (Lasio *et al.*, 2017; Pattaro, Visentin e Zannoni, 2019).

I costi relazionali e familiari della carriera continuano quindi ad essere, per le donne in generale e anche per le nostre intervistate, un tema imprescindibile e costante, nei confronti del quale tende tuttavia a prevalere ancora



oggi un'immagine di conciliazione strettamente associata al concetto di doppia presenza (Balbo, 1978), rimandando a ruoli di genere ancora in qualche misura segregati e contrapposti (Balbo, 2008), più che alla condivisione dei carichi domestici e di cura all'interno della coppia e a una riflessione sulla necessità di politiche sociali che sostengano la famiglia in un'ottica più equilibrata e paritaria.

## 5. Conclusioni

Nel lavoro sociale il genere è ciò che i sociologi talvolta definiscono una qualità "osservata/non osservata" (Benvenuti e Gristina, 2007). Si tratta, infatti, di un tema piuttosto trascurato anche nelle ricerche empiriche.

Come osserva Foucault (1976), alcuni discorsi nel campo sociale tendono a legittimare, istituzionalizzare o normalizzare varie pratiche che influenzano la comprensione del mondo sociale da parte degli individui. Questo spiega il motivo per cui, nel corso della storia dell'umanità, è diventato "normale" che le donne assumessero ruoli di assistenza. La visione radicata dei ruoli di genere contribuisce così agli stereotipi di genere, che si ripercuotono anche nell'accesso a determinate professioni, come accade in modo piuttosto evidente nel lavoro sociale e in altre professioni di assistenza e di aiuto.

A questo proposito, «una delle pioniere del servizio sociale in Italia, Odile Vallin, in un testo del 1948 sosteneva che la professione risponde, come poche, alle esigenze dell'anima femminile. Lo stesso servizio sociale delle origini nasce per opera di donne [...] Ma cosa avrebbe "quest'anima femminile" che possa giustificare questa affermazione di una sua intrinseca vocazione al lavoro sociale? Si ripresenta, ancora una volta, la domanda: che cosa può spiegare, nel corso del tempo e attraverso lo spazio (in questo caso in tutta Europa, ma non solo) questa percentuale di donne nella professione di assistente sociale? E, d'altra parte, come spiegare che, nell'ambito della stessa professione, la percentuale di uomini sale man mano che si sale nella gerarchia?» (Gucciardo, 2016, pp. 102-103)

Riprendendo in modo sintetico i risultati della ricerca condotta nel territorio vicentino attraverso i racconti delle 20 assistenti sociali intervistate emergono i seguenti punti:

- la condivisione dell'idea che le professioni di aiuto in generale siano culturalmente considerate professioni femminili mentre resta aperta la questione della relazione tra presenza femminile in una professione e la delegittimazione della stessa;

- a questo proposito si evidenziano tra le intervistate due distinte categorie di pensiero: la prima, che tende a riprodurre, in modo più o meno velato, una serie di visioni stereotipate del genere nella professione, la seconda, invece, più critica, nella quale le differenze di genere vengono messe in relazione ad aspetti culturali cristallizzati e tramandati nel tempo e a processi educativi e formativi che continuano a riprodurre in modo rigido i ruoli sociali legati al genere;
- l'essere donna incide, secondo il parere delle professioniste, nel lavoro con l'utente; molto meno con i colleghi o all'interno dell'equipe. Da questo punto di vista, le tensioni vengono percepite quasi esclusivamente con quegli utenti uomini che hanno un basso livello di istruzione e/o provengono da culture fortemente orientate al maschile;
- in relazione alla gestione di queste criticità, le intervistate rimandano a tre strategie principali, due delle quali (il coinvolgimento dei colleghi/e, e il ricorso all'intervento delle forze dell'ordine o di figure professionali gerarchicamente superiori per far fronte a situazioni che vengono reputate rischiose) non sono connotate in termini di genere, mentre la terza (chiedere l'intervento e il supporto di un collega in quanto uomo) rischia di perpetrare logiche legate agli stereotipi di genere anche nella professione;
- infine, molte tra le intervistate considerano che non valga la pena occupare ruoli di responsabilità nel proprio contesto lavorativo, facendo chiaramente emergere la questione quanto mai problematica della conciliazione tra vita professionale e vita familiare soprattutto per le donne – una questione talvolta presentata in modo critico, talvolta maggiormente ancorata ad un'idea di “doppia presenza”.

A fronte della rilevanza di questi argomenti, tuttavia, le ricerche empiriche nell'ambito specifico del servizio sociale sono ancora poco numerose.

Dopo aver concluso il lavoro di analisi delle interviste, restano ancora diversi interrogativi aperti:

- quanto dell'origine della professione le e gli assistenti sociali si stanno ancora portando con sé in termini di stereotipo?
- quanto gli stereotipi di genere rischiano di essere riprodotti anche all'interno del lavoro sociale, attraverso una rappresentazione delle pratiche professionali come pratiche femminili?
- quanto le e gli assistenti sociali mettono a tema, anche nella loro pratica professionale quotidiana, le complesse dinamiche di genere che sottendono, causano ed hanno effetti sulla svalutazione del proprio ruolo professionale e sulla propensione e possibilità per le donne di accedere a posizioni dirigenziali o di leadership?

Alcune di queste domande hanno trovato risposta all'interno del percorso di ricerca. Per altre, e in generale su questo tema, sono però molti di più gli interrogativi che rimangono aperti.

«La prevalenza femminile tra i professionisti non dovrebbe certamente risultare un limite nel garantire interventi adeguati alle differenti fasce di utenza, né favorire lo sviluppo di stereotipi di genere interni agli ambienti lavorativi o, ancora, forme discriminatorie che possano minare l'integrità delle pratiche quotidiane e la percezione di autoefficacia degli operatori; dovrebbe invece essere percepita come una risorsa da valorizzare nello sviluppo professionale della categoria ma anche nel lavoro quotidiano» (Dal Ben, 2018, p. 202).

A questo proposito, molto può e deve essere fatto ancora in termini di ricerca empirica e di formazione, sia universitaria che continua, per una riflessione che includa anche il tema del genere, spesso tacito e dato per scontato, rispetto al servizio sociale e che può essere esplorato da diversi punti di vista. In relazione alle competenze, come sviluppo di una maggiore sensibilità rispetto alle differenze; in termini di analisi dell'impatto all'interno della professione; ma anche, a livello sociale, come nuova attenzione al genere attraverso percorsi di promozione dell'uguaglianza e della parità di genere e prevenzione delle discriminazioni.

## Riferimenti bibliografici

- Abbatecola E., Stagi L. (2017), *Pink is the new black: Stereotipi di genere nella scuola dell'infanzia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Allegri E. (2012), *Spiazamenti. Servizio sociale e innovazione*, «La Rivista di Servizio Sociale», 2, pp. 53-61.
- Ascoli U., Sicora A. (2017), *Servizio sociale e welfare in Italia: la necessità di una nuova «grammatica» per le politiche pubbliche. Nota introduttiva*, «La Rivista delle politiche sociali», 1, pp. 9-15.
- Baccolini F. (a cura di) (2005), *Le prospettive di genere: discipline, soglie e confini*, Bononia University Press, Bologna.
- Badolato G. (1993), *Le donne nelle professioni di aiuto. Una ricerca sul burnout femminile*, Borla, Roma.
- Balbo L. (1978), *La doppia presenza*, «Inchiesta», 32, pp. 3-6.
- Balbo L. (2008), *Il lavoro e la cura. Imparare a cambiare*, Einaudi, Torino.
- Bartholini I. (2016), *Identità di genere e habitus professionale dell'assistente sociale*, in Bartholini I., Di Rosa R.T., Gucciardo G., Rizzuto F. (a cura di), *Genere e Servizio Sociale. Habitus professionali, dinamiche di relazione, rappresentazioni*, Edizioni Scientifiche e Artistiche, Torre del Greco (NA).
- Benvenuti P., Gristina D.A. (2007), *La donna e il servizio sociale. Identità sessuale e professionale dell'assistente sociale*, FrancoAngeli, Milano.

- Bichi R. (2007), *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Vita e Pensiero, Milano.
- Biemmi I. (2017), *Educazione sessista: stereotipi di genere nei libri delle elementari*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- Bosak J., Sczesny S., Eagly A.H. (2008), *Communion and agency judgments of women and men as function of role information and response format*, «European Journal of Social Psychology», 38, pp. 1148-1155.
- Campanini A. (a cura di) (2016), *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- CNOAS (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali) (2020), *Assistenti Sociali iscritti all'Albo Professionale al 30.09.2020*, <https://cnoas.org/numeri-della-professione/>
- Cohen P.N., Huffman M.L. (2003), *Individuals, jobs, and labor markets: The devaluation of women's work*, «American Sociological Review», 68(3), pp. 443-463.
- Connell R.W. (2012), *Questioni di genere*, il Mulino, Bologna.
- Corbetta P. (2014), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- Dal Ben A. (2018), “Questioni di genere. Quale genere di questioni?”, in Pattaro C., Nigris D. (a cura di), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Rosa R.T. (2016), “Identità professionale, genere e servizio sociale in ottica internazionale”, in Bartholini I., Di Rosa R.T., Gucciardo G., Rizzuto F. (a cura di), *Genere e Servizio Sociale. Habitus professionali, dinamiche di relazione, rappresentazioni*, Edizioni Scientifiche e Artistiche, Torre del Greco (NA).
- Dominelli L. (2004), *Social Work: theory and practice for a changing profession*, Polity Press, Oxford.
- European Agency for Safety and Health at Work (2010), *Workplace violence and harassment: a European picture*, Publications Office of the European Union, Luxemburg.
- Facchini C. (2010), *Tra impegno e professione. Gli Assistenti Sociali come soggetti del welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma.
- Fedi A., Colombo L., Bertola L., Rollero C. (2017), *Donne e carriera tra stereotipi di genere e conciliazione lavoro-famiglia. Un'analisi psico-sociale*, «Sociologia del lavoro», 148, pp. 113-133.
- Foucault M. (1976), *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino.
- Gucciardo G. (2016), “L'assistente sociale: una professione al femminile e la sua desiderabilità sociale”, in Bartholini I., Di Rosa R.T., Gucciardo G., Rizzuto F. (a cura di), *Genere e Servizio Sociale. Habitus professionali, dinamiche di relazione, rappresentazioni*, Edizioni Scientifiche e Artistiche, Torre del Greco (NA).
- Kitzinger C. (1987), *The social construction of lesbianism. Vol. 1*, Sage, London.
- Lasio D., Putzu D., Serri F., De Simone S. (2017), *Il divario di genere nel lavoro di cura e la conciliazione famiglia-lavoro retribuito*, «Psicologia della Salute», 2, pp. 21-43.
- Marradi A. (1996), “Due famiglie e un insieme”, in Cipolla C., De Lillo A. (a cura di), *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*, FrancoAngeli, Milano.

- Moretti C. (2015), “Welfare, professioni sociali e dimensione di genere: l’assistente sociale”, in Babusci D. (a cura di), *Welfare e Ergonomia, Povertà educativa e disuguaglianze sociali. Un confronto dalle comunità educanti*, FrancoAngeli, Milano.
- Nigris D. (2003), *Standard e Non-standard nella Ricerca Sociale: riflessioni metodologiche*, FrancoAngeli, Milano.
- Nigris D. (2018), “Il Disegno della Ricerca: approccio comparativo e analisi delle interviste”, in Pattaro C., Nigris D., a cura di, *Le sfide dell’aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell’immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Pattaro C., Nigris D. (a cura di) (2018), *Le sfide dell’aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell’immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Pattaro C., Visentin M., Zannoni A. (2019), *Processi di innovazione e territorio. Un progetto di welfare aziendale come laboratorio di sperimentazione*, «Economia e Società Regionale», XXXVII, 2, pp. 46-57.
- Patton M.Q. (1990), *Qualitative evaluation and research methods*, Sage, Newbury Park, CA.
- Pironi G., Dal Pra Ponticelli M. (a cura di) (2005), *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*, Carocci, Roma.
- Segatto B. (2018), “Professione: assistente sociale”, in Pattaro C., Nigris D. (a cura di), *Le sfide dell’aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell’immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Sicora A. (2014), *Aggression towards helping professions: violence as communication, listening as prevention?*, «Argumentum», 6(2), pp. 154-165.
- Sicora A., Rosina B. (a cura di) (2019), *La violenza contro gli assistenti sociali in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Williams C.L. (1992), *The glass escalator: Hidden advantages for men in the “female” professions*, «Social problems», 39(3), pp. 253-267.
- World Economic Forum (2020), *Global Gender Gap Report 2020*, [http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GGGR\\_2020.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf).



### *3. Madri in sostanza, in sostanza madri. Il ruolo dei servizi socio-sanitari nel sostegno alla donna dipendente e nella tutela del minore*

di Anna Dal Ben, Petra Masiero, Anna Schiavon e Simona Summo<sup>1</sup>

#### **1. Il contesto della ricerca**

La maggior parte degli studi a livello nazionale e internazionale (De Fazio, 2000; Molteni, 2011; Becker, McClellan e Reed, 2017; Haseltine, 2000), ha evidenziato come la tossicodipendenza sia una condizione generalmente più diffusa entro il genere maschile rispetto a quello femminile: nella Relazione Europea sulla droga del 2019 emerge, infatti, come le esperienze di uso di sostanze siano più frequentemente segnalate dai maschi (57,8 milioni) che da femmine (38,3 milioni). Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della diffusione dell'uso di sostanze tra le donne: nel 1980 le tossicodipendenti erano circa il 15% della popolazione, ad oggi hanno raggiunto circa il 30% (Cirillo *et al.*, 2017).

L'interesse della ricerca e delle politiche di welfare in relazione alla dipendenza femminile risulta correlata alla maternità, poiché nella nostra società la protezione dell'infanzia ha assunto un ruolo centrale e l'uso materno di sostanze è considerato un rischio significativo rispetto al benessere dei minori (Blakey; 2012; Cheli e Giacomuzzi, 2009). La revisione della letteratura (Canfield *et al.*, 2017), evidenzia come le problematiche nei bambini di genitori che fanno uso di sostanze abbiano ripercussioni per tutta la loro vita, a partire dalla gravidanza con ritardi nello sviluppo fisico, cognitivo e socio-emotivo (Tibaldi, 2005; Morton e Konrad, 2008; Porter e Porter, 2004), passando dall'età della scuola primaria con problemi legati al rendimento scolastico e alla socializzazione, nell'adolescenza dove aumentano i rischi per la salute mentale e per l'uso di sostanze (Alati *et al.*, 2013; Gray, Mukherjee

---

<sup>1</sup> La ricerca è frutto della collaborazione tra le Autrici. Petra Masiero, Anna Schiavon e Simona Summo hanno partecipato alla raccolta dei dati empirici. A Anna Dal Ben va attribuita l'organizzazione complessiva del lavoro e la stesura del capitolo.

e Rutter, 2009), fino all'età adulta dove si sviluppano più facilmente comportamenti devianti e un nuovo circolo vizioso di dipendenza (Di Blasio *et al.*, 2005).

Tali conseguenze nella salute dei bambini e l'aumento della dipendenza al femminile, rendono fondamentale la messa a punto di nuove modalità di presa in carico che vedano operare in modo integrato i servizi per le dipendenze e i servizi per la tutela dei minori, così da sostenere i genitori, o perlomeno la donna, nel suo percorso terapeutico di recupero e nel ruolo genitoriale. In questo contesto, il compito degli operatori sociali e sanitari è chiaramente complesso, poiché debbono favorire il benessere tossicologico della donna prevenendo le ricadute nell'abuso della sostanza e, al contempo, migliorarne la qualità della vita: «nell'approccio a queste donne è quanto mai necessario un lavoro di equipe che coinvolga discipline e competenze diverse» (Righi, Polidori e Valletta, 2016, p. 208), trattandosi di situazioni in cui vi sono molteplici vulnerabilità sociali sovrapposte (Lloyd, 2018).

A partire da questo scenario, è stata condotta una ricerca qualitativa nel territorio della Regione Veneto al fine di comprendere l'articolazione dei percorsi di intervento messi in atto dai Ser.D. e dai servizi per la tutela dei minori nei confronti di “*madri in sostanza*”, cioè di mamme con problematiche di dipendenza, intervistando gli assistenti sociali che operano in tali contesti e le donne che hanno sperimentato questa condizione nel corso della loro biografia di vita.

### *1.1. La maternità nelle donne tossicodipendenti*

Nell'attuale contesto sociale permane una resistenza ad associare la maternità alla dipendenza, poiché «la prima fortemente evocativa di vita e piena realizzazione della donna, la seconda come immagine distruttiva o quantomeno fallimentare e di arresto del processo di sviluppo e quindi comunque tale da suscitare un contrasto stridente con la maternità. Il ruolo fondamentale in senso di protezione e competenza che la società attribuisce all'essere madre è difficilmente applicabile alla tossicodipendente» (AA.VV., 2001, p. 1). Questa riflessione si pone al centro del dibattito che vede contrapposti i rischi che i minori corrono avendo una madre dipendente e le competenze genitoriali che non necessariamente vengono meno.

Appare pertanto fondamentale comprendere quali siano gli elementi che incidono nell'abuso di sostanze, le caratteristiche del genitore dipendente e quali i rischi per i minori coinvolti.



Sono stati rilevati alcuni fattori demografici, psicologici e ambientali che incidono sulla probabilità per la donna di entrare nella dipendenza: innanzitutto si fa riferimento ad un basso livello di istruzione correlato ad un altrettanto basso status socio-economico, instabilità abitativa e precarietà occupazionale (Sarkola *et al.*, 2007; Taplin e Mattik, 2013); inoltre, giocano un ruolo fondamentale le famiglie di origine, spesso maltrattanti, con genitori emotivamente distanzianti o ipercontrollanti, a volte utilizzatori di sostanze (Minnes *et al.*, 2008); e, infine, i vissuti nell'infanzia, poiché sovente la dipendenza è correlata a disturbi mentali e depressione. In merito ai fattori ambientali, queste donne godono di scarso sostegno familiare e di supporto sociale in termini di rapporti positivi, anche a livello amicale e interpersonale (Sarkola *et al.*, 2007).

La relazione con il bambino è invece caratterizzata da aspetti di ambivalenza, in cui si alternano sentimenti di rabbia a momenti di passività, dove il figlio viene completamente ignorato. Lo stile genitoriale è spesso rigido e autoritario (Boffo, 2011), con una bassa tolleranza nei confronti dei bisogni altrui (Parolin e Simonelli, 2016) e un'incapacità ridotta di risposta alle emozioni dei figli (Pajulo *et al.*, 2001). Il bambino, quindi, rischia maggiormente, rispetto ai nuclei in cui non si usano sostanze, di sperimentare una relazione disfunzionale con la madre o, con la coppia genitoriale, se presente.

Tuttavia, alcune ricerche dimostrano come queste madri siano consapevoli dei bisogni e dei possibili pericoli per i propri figli (Klee, Wright e Rothwell, 1998), presentando una visione della maternità congrua a quella dominante socialmente, cioè relativa alla cosiddetta "buona madre" (Banwell e Bammer, 2006; Murphy e Rosenbaum, 1999). La presenza di un bambino all'interno della vita di una donna dipendente, può rappresentare un valore aggiunto al trattamento per la dipendenza ma non solo, anche rispetto alla salute psicologica, alla motivazione per ricercare un contesto di vita migliore e per impegnarsi nei compiti di cura: in tal senso, i figli vengono definiti "motivatori" all'interno dei processi di cambiamento delle madri dipendenti (Parolin e Simonelli, 2016; Tracy e Martin, 2007).

### *1.2. Il ruolo dei servizi socio-sanitari: i servizi per le dipendenze e i servizi per la tutela del minore*

Un'alta percentuale di figli di madri che fanno uso di sostanze è in carico ai servizi per la tutela dei minori (Brandon *et al.*, 2012). Quasi la metà delle madri che ricevono cure legate alla dipendenza hanno subito l'allontanamento di almeno uno dei loro figli (Connors *et al.*, 2003; Canfield *et al.*,

2017) e la percentuale di bambini che vengono inseriti in affidamento familiare a fronte di questa problematica è in aumento, con minori probabilità rispetto ad altre situazioni di difficoltà genitoriale, di ricongiungersi alla famiglia di origine (Young, 2016; Llyod, Akin e Brook, 2017). Le donne che hanno già sperimentato l'allontanamento di un figlio, sono più a rischio che questo si ripeta a fronte di nuove gravidanze (Lean, Pritchard e Woodward, 2013), oltre al fatto che spesso la problematica di dipendenza si ripresenta nel corso del tempo. Infine, sebbene i programmi di trattamento per queste pazienti siano quasi raddoppiati negli ultimi 10 anni, la maggior parte di essi non sono strutturati in modo da includere un sostegno alla dipendenza e contemporaneamente alla maternità (Sun, 2004), malgrado il portare a termine con successo un percorso di trattamento sia uno dei fattori predittivi più affidabili rispetto al ricongiungimento della madre con i propri figli (Doab, Fowler e Dawson, 2015; Lloyd, 2018). È pertanto necessario vengano messi in atto «protocolli di trattamento che si facciano carico della relazione madre-figlio, considerandola un'entità clinica specifica, qualitativamente differente dalla madre e dal bambino considerati separatamente» (Parolin e Simonelli, 2016, p. 6), poiché i programmi integrati che prevedono trattamento farmacologico, psicologico e di supporto alla genitorialità, risultano maggiormente efficaci nel migliorare le capacità di cura delle madri e nello spezzare il circolo della dipendenza (Niccols *et al.*, 2012; Bellucci, 2014).

Nel contesto italiano, l'aumento di figli di genitori tossicodipendenti ha iniziato a suscitare l'attenzione dei servizi sociali solo negli ultimi anni, poiché gli operatori erano impreparati a dedicare attenzione ai minori che, progressivamente, comparivano al fianco dei genitori che si recavano ai Ser.D. (Rapporto Parsec, 2013). D'altra parte, i servizi per la tutela dei minori, entrano in gioco solo quando, spesso a fronte di una segnalazione esterna, le condizioni dei bambini coinvolti sono oramai compromesse. Ad oggi non esiste una banca dati nazionale che monitori la correlazione tra uso di sostanze e genitorialità nel nostro Paese, pertanto non è possibile avere una stima dei nuclei familiari che vivono questa situazione.

Ciò che appare condivisa però all'interno dei servizi socio-sanitari, è la necessità di lavorare integrando i vari approcci professionali e le differenti competenze istituzionali, perché la progettazione degli interventi tenga conto della indispensabile multidisciplinarietà che richiedono queste situazioni: «risposte articolate e flessibili, quindi, a problematiche assistenziali complesse dove la tutela, intesa in termini non solo giuridici, assume rilevanza sociale, culturale e sanitaria e riguarda madre e feto, neonato, relazione primaria madre-bambino e genitorialità» (Liverani *et al.*, 2017, p. 12).

Per far sì che tale progettazione si concretizzi, in alcune realtà del territorio nazionale sta prendendo avvio la definizione di protocolli operativi che mettono in rete i servizi coinvolti nei processi di recupero della diade mamma-bambino, quali: il servizio per le dipendenze che ha in carico la madre; il servizio territoriale, il servizio tutela minori o il consultorio familiare, che si occupano principalmente del benessere e della tutela del minore; il Tribunale per i Minorenni, se vi è la necessità di prendere dei provvedimenti rispetto alla protezione del minore; il reparto di pediatria dell'ospedale che segue lo stato e lo sviluppo psico-fisico del bambino e, successivamente, il pediatra; il reparto ostetrico-ginecologico per la prevenzione della salute di entrambi nelle situazioni di gravidanza; altri servizi specialistici come il centro per la salute mentale e la neuropsichiatria infantile. Come sottolineato nel rapporto Parsec (2013, p. 119), i protocolli devono avere come obiettivi:

- «la descrizione delle modalità della presa in carico nella gestazione, nel parto e nel post partum e nei bambini dopo la nascita;
- la definizione dei criteri di valutazione delle possibilità di permettere e, se necessario, favorire la permanenza del bambino all'interno della famiglia;
- il ruolo e le responsabilità degli operatori nei singoli servizi nel monitoraggio della situazione e nell'intervento immediato in caso di rischio della madre o del bambino;
- l'acquisizione di un linguaggio e di un approccio comune da parte dei diversi servizi per agevolare la comunicazione sia tra gli operatori che verso la donna o la coppia.»

Ad oggi però in Italia non esiste una normativa né a livello nazionale, né a livello regionale che preveda la creazione di percorsi per la presa in carico integrata delle madri tossicodipendenti. Questo comporta una forte discrezionalità operativa all'interno dei servizi (Segatto e Dal Ben, 2020) e una disparità di intervento su base territoriale. Le realtà comunitarie di maggiori dimensioni che spesso dispongono di più risorse, sono quelle in cui tali protocolli sono stati predisposti e attivati<sup>2</sup>.

Infine, la necessità di costruire modelli di presa in carico integrata, non è connessa solo al dovere di garantire al nucleo familiare una presa in carico globale, ma anche alla difficoltà dei servizi di collaborare autonomamente

---

<sup>2</sup> Ad esempio, l'Azienda ULSS n.6 Euganea nel territorio di Padova ha sviluppato un Protocollo in cui descrive il percorso assistenziale che gli operatori appartenenti al Dipartimento Dipendenze di competenza sono chiamati ad attuare per consentire la realizzazione degli interventi sociosanitari integrati a favore della tutela della salute della donna affetta da uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive legali o illegali in condizione di gravidanza.

tra loro. Come sottolineato nel rapporto Parsec (2013), infatti, la diversa prospettiva dei servizi per adulti e per i minori, li pone nella posizione di considerare ognuno la tutela della propria utenza, creando un'opposizione tra servizi di cura del bambino e dell'adulto.

## **2. La ricerca**

### *2.1. Obiettivi e ipotesi di ricerca*

L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di comprendere come si articola la presa in carico da parte dei servizi sociali nei percorsi di sostegno e cura di madri con una problematica di dipendenza nel territorio della Regione Veneto. Nello specifico, la ricerca ha voluto: raccogliere le esperienze quotidiane e le opinioni degli assistenti sociali dei servizi per le dipendenze e dei servizi per la tutela dei minori; analizzare le pratiche di lavoro multi-professionali e inter-istituzionali; verificare l'esistenza di protocolli operativi di rete, ovvero di prassi condivise tra i servizi per l'accompagnamento delle madri tossicodipendenti; comprendere come le donne percepiscono il supporto del servizio sociale nel loro percorso.

### *2.2. Metodologia: strumenti e somministrazione*

Al fine di perseguire gli obiettivi preposti, è stato dato alla ricerca un impianto di tipo qualitativo. Si è scelto di utilizzare come strumento di rilevazione l'intervista, ritenendo l'intervistato una fonte produttiva di conoscenza e non solo un depositario di opinioni e ragioni (Bichi, 2002). Nello specifico, è stata definita un'intervista semi-strutturata di tipo narrativo (Sala, 2010), che permette di raccogliere il punto di vista soggettivo degli intervistati ma anche di comprendere gli aspetti caratterizzanti il contesto più allargato in cui sono inseriti. L'intervista semi-strutturata si caratterizza per la bassa direttività che permette ai soggetti di esprimersi liberamente pur seguendo il filo conduttore proposto dal ricercatore, che può sviluppare alcuni argomenti nati spontaneamente nel corso dell'interazione qualora ritenga che siano utili alla comprensione del fenomeno indagato.

Sono state costruite tre differenti tracce: due orientate alla raccolta delle narrazioni degli assistenti sociali, la terza volta a comprendere il punto di vista delle madri. Le interviste per gli operatori si differenziano sulla base del servizio in cui i soggetti target operano, ovvero servizi per le dipendenze

e servizi per la tutela dei minori, cercando di mantenere una struttura simile in merito alle aree tematiche trattate e, invece, identificando degli elementi di specificità rispetto alle finalità di ogni servizio.

L'intervista affronta tre aree principali: le caratteristiche dell'intervistato; gli obiettivi e le modalità di presa in carico; il lavoro di rete tra servizi. Si è scelto di introdurre il soggetto al cuore dell'intervista attraverso una parte iniziale relativa alle variabili socio-anagrafiche (percorso scolastico, percorso professionale, stato civile, presenza di figli, orientamento religioso). La seconda parte dell'intervista, relativa al lavoro professionale, ha indagato gli obiettivi del servizio e dell'assistente sociale nella presa in carico delle madri tossicodipendenti nonché l'esperienza operativa nella gestione di questi casi, esaminando quali fossero gli interventi, gli strumenti, le competenze erogate e il lavoro di equipe effettuato. La terza parte, ha cercato di far emergere come si articola il lavoro di rete tra i servizi, al fine di comprendere se vi fossero delle pratiche condivise per questa specifica fascia di utenza.

Per quanto riguarda l'intervista indirizzata alle madri dipendenti, è stata a sua volta strutturata circoscrivendo tre differenti aree: caratteristiche del soggetto, storia di dipendenza e percorso di maternità, presa in carico del servizio sociale.

La fase di costruzione della documentazione empirica si è composta di tre operazioni in sequenza: il contatto con gli intervistati e la presentazione della ricerca, la conduzione dell'intervista e la sua trascrizione. La ricerca è stata proposta ad alcuni servizi per la tutela dei minori e servizi per le dipendenze della Regione Veneto già conosciuti dal gruppo di ricerca per precedenti collaborazioni. In merito al coinvolgimento delle madri, sono stati presi contatti con una comunità terapeutica operante nel territorio regionale. È stata inviata una lettera di presentazione del progetto di ricerca richiedendo l'adesione. Le interviste svolte sono state audioregistrate e successivamente trascritte letteralmente su file, per ottenere un corpus testuale finale (Nigris, 2018). Il corpus è stato codificato attraverso un'analisi tematica volta a definire le principali categorie concettuali emergenti allo scopo di spiegare il fenomeno oggetto di studio.

### *2.3. I soggetti*

In linea con l'obiettivo e la metodologia, il campionamento utilizzato è di tipo non probabilistico: le unità di analisi sono state scelte in relazione al rappresentare dei soggetti esperti di un particolare fenomeno e di averne

quindi appreso sufficienti conoscenze per spiegarlo e analizzarlo. Gli assistenti sociali sono stati reclutati con una tecnica di *snowball sampling*, che prevede di contattare un certo numero di individui dotati delle caratteristiche identificate e chiedere loro altri nominativi da intervistare, in modo da creare un “effetto valanga”. Le caratteristiche definite come necessarie sono state identificate nel: svolgere la professione di assistente sociale; lavorare presso un Ser.D. o un servizio per la tutela dei minori nel territorio della Regione Veneto; aver esperito la presa in carico di madri con problematiche di dipendenza. Questo ha permesso di coinvolgere complessivamente 19 assistenti sociali, di cui 12 operanti nell’ambito delle dipendenze e 7 nella tutela dei minori. In merito alle caratteristiche dei soggetti coinvolti, solo un intervistato è di genere maschile, la maggior parte è sposata con figli ed è credente. Otto intervistati hanno conseguito la Laurea Magistrale, mentre gli altri hanno un titolo di studio triennale; tutti gli assistenti sociali prima di operare nei servizi in cui sono impiegati attualmente hanno avuto esperienze lavorative in altri settori quali centro di salute mentale, casa di riposo, cooperative sociali, centri d’accoglienza per profughi, ufficio di esecuzione penale esterna. Non si riscontrano particolari differenze nelle caratteristiche dei soggetti in relazione ai servizi di riferimento.

Passando al secondo target di riferimento, per il reclutamento delle madri con problematiche di dipendenza, si è scelto di utilizzare il bacino di pazienti di una comunità terapeutica, ritenendo tale contesto idoneo a supportare le donne e raccogliere più facilmente la loro narrazione. La struttura identificata è una comunità terapeutica madre-bambino collocata nel territorio della Regione Veneto che accoglie donne secondo la modalità di pronta accoglienza e diadi madre-bambino in regime residenziale e semiresidenziale, per coloro che sono a conclusione del percorso di cura. Le interviste hanno coinvolto tutte le donne accolte, per un totale di 10 madri, con uno o più bambini. Si è ritenuto opportuno fosse intercorso almeno un anno dalla nascita dell’ultimo figlio per permettere alle intervistate di accedere ad una narrazione riflessiva del proprio vissuto ed aver maturato una propria esperienza di accompagnamento da parte dei servizi sociali del territorio. In relazione alle caratteristiche socio-anagrafiche, l’età media delle donne è di 33 anni, con un minimo di 23 ed un massimo di 41 anni. Solo una donna non ha figli con sé in comunità, mentre 5 donne hanno figli sia fuori dalla comunità, sia in regime residenziale. 7 di loro sono nubili, una è coniugata, una vedova e, infine, una separata. Alla loro prima gravidanza avevano un’età variabile che rientra tra i 21 e 37 anni. Il livello di istruzione è medio-basso: la maggior parte possiede la licenza media, una il diploma di scuola superiore. Quanto alla professione, molte hanno intervallato periodi di lavoro a periodi di inattività; la

restante parte ha esercitato varie professioni come ad esempio, impiegata, operatrice socio-sanitaria, parrucchiera e personale ATA.

## 4. Risultati

### 4.1. *Il sostegno alla donna: la presa in carico degli assistenti sociali dei Ser.D.*

Il percorso di accompagnamento delle madri con problemi di dipendenza appare ricco di complessità e spesso di difficile gestione, come raccontano gli operatori del servizio per le dipendenze. Emergono infatti una serie di preoccupazioni rispetto alla presa in carico e alla strutturazione di un idoneo progetto di intervento, soprattutto in relazione alle donne in gravidanza, legate prevalentemente: al contesto socio-familiare multiproblematico e all'assenza di una rete informale di supporto; alla necessità di individuare una terapia sostitutiva preventiva; alla costruzione di una relazione di fiducia con la paziente al fine di prevenire possibili ricadute estremamente dannose per il feto; al forte senso di responsabilità che l'operatore sente sia per la donna, sia per il nascituro. Tale complessità viene vissuta dagli assistenti sociali come uno stato di ansia, a fronte del forte carico emotivo correlato e al richiamo ad eventuali esperienze personali, in primis la maternità stessa:

Sono situazioni che, come dire, muovono parecchio l'emotività individuale e collettiva anche perché [...] io credo che la questione della maternità, in particolare nelle pazienti tossicodipendenti, muova sempre tutta una serie di aspetti emotivi insomma un po' di tutti e poi richiama tutta una serie di propri vissuti personali, ecco (As\_10\_Ser.D.).

Il lavoro di equipe risulta lo strumento fondamentale poiché, essendo il bisogno della persona complesso e articolato su più livelli, vi è la necessità di un approccio multidimensionale che coinvolga differenti professionisti all'interno del medesimo servizio. Il confronto tra medici, infermieri, assistenti sociali, psicologici ed educatori, permette di avere una visione globale della situazione e di costruire un progetto individualizzato di intervento con azioni differenziate ma orientate al medesimo obiettivo. Gli intervistati riportano come il ruolo specifico dell'assistente sociale, spesso indentificato nel *case manager*, si articola entro tre funzioni principali: raccogliere la storia della persona ed esplorare la sua rete di sostegno; costruire il lavoro di rete con gli altri servizi del territorio; sostenere la persona nel percorso terapeutico e nella genitorialità.

Di solito in queste situazioni l'assistente sociale è il case manager, nel senso che diventa un po' quello che tiene i rapporti con la rete dei servizi, di cura e, anche come dire, di cuscinetto per ammortizzare la situazione, l'evento che è naturale ma che in questo tipo di situazioni si amplifica, sia le parti positive che i problemi ovviamente (As\_6\_Ser.D.).

Per raggiungere tali obiettivi gli assistenti sociali spiegano di aver maturato nel corso del tempo modus operandi condivisi con gli altri professionisti presenti nel servizio. Tuttavia, in linea con la frammentazione operativa che caratterizza i servizi socio-sanitari in Italia, viene evidenziata la presenza di protocolli specifici di sostegno durante la gravidanza e successivamente alla nascita del bambino solo nelle realtà territoriali più estese, come i capoluoghi di Provincia.

Noi adesso anche con questo protocollo abbiamo voluto dare una cornice a questa tipologia di pazienti, mamme in gravidanza e non solo, con la gravidanza ma anche già con figli in carico perché o la mamma usa o perché sta insieme con un marito che usa, un compagno che usa. Quindi non ci fermiamo solo alla mamma ma pensiamo anche con chi sta questa mamma, questa mamma sta con un altro compagno che sia marito o no, però di fatto la sostanza è all'interno del nucleo (As\_5\_Ser.D.).

Coloro che operano in servizi in cui non sono presenti protocolli, riportano l'esigenza di uniformare gli interventi e di avere delle procedure definite in quanto molto spesso i casi vengono gestiti in base alle conoscenze personali tra professionisti e alle collaborazioni sviluppate nel tempo con i reparti di ginecologia e pediatria, mentre in altri gli interventi vengono decisi dall'equipe del servizio in relazione alle specificità del singolo caso, quindi senza procedure standardizzate. Questa modalità è percepita come critica poiché può creare delle disuguaglianze nel trattamento delle donne e dei nuclei familiari più in generale.

Complessivamente gli assistenti sociali spiegano di collaborare con differenti servizi del territorio, tra cui: il servizio sociale del comune per aiuti economici e abitativi; il servizio per l'età evolutiva e la tutela dei minori; il servizio per l'affido familiare; le comunità terapeutiche per indirizzare la persona a intraprendere un percorso terapeutico/riabilitativo anche prima della gravidanza; il reparto di ostetricia e pediatria per gli accordi in ambito sanitario rispetto alla terapia di assunzione; il consultorio familiare per la valutazione delle capacità genitoriali e/o per il sostegno psicologico, sanitario e sociale ai genitori; la neuropsichiatria infantile per eventuali valutazioni del benessere del minore; le reti di volontariato, come ad esempio la Caritas, per interventi di tipo assistenziale non istituzionali.



Anche in relazione alle risorse presenti, gli assistenti sociali si sono soffermati sulla disparità territoriale, riferendo che molto varia a seconda della dimensione e della collocazione geografica entro cui la persona vive:

A volte l'appartenenza ad un Comune piuttosto che un altro fa la differenza, perché i servizi che effettivamente sono proposti sono diversi, però ecco è una realtà triste però è così (As\_7\_Ser.D.).

Altro elemento di criticità si riscontra nella scarsità di risorse all'interno dei servizi stessi con cui i Ser.D. collaborano, che porta ad un allungamento dei tempi di presa in carico, a scelte di intervento dettate da vincoli interni e al poco investimento nei progetti di prevenzione, poiché è necessario gestire primariamente le situazioni di emergenza.

Un po' più difficile in questo periodo è il rapporto coi consultori perché sono veramente a corto di risorse per cui i tempi si allungano un po'. Spesso ci si scontra sulle competenze, tipo la valutazione della genitorialità (As\_2\_SerD.).

Tutti i servizi sono sfiniti, nel senso che siamo tutti sotto organico e che le situazioni sono sempre di più complesse (As\_1\_Ser.D.).

La discriminante che però viene identificata come significativa per la buona riuscita del percorso di accompagnamento della donna nella maternità è il fatto che fosse già precedentemente in carico al servizio per le dipendenze: ciò permette alla persona di avere già instaurato una relazione di fiducia con gli operatori e pertanto di essere maggiormente disposta a farsi sostenere.

Se la persona è già in carico c'è una relazione diversa, anzi c'è già una relazione in atto, diversamente dal conoscere ragazze in ospedale che non hanno di certo richiesto loro il contatto con il Ser.D. Sicuramente non c'era rapporto né di conoscenza né di fiducia ma c'era un rapporto di difesa e quindi un atteggiamento sulle difensive (As\_6\_Ser.D.).

#### *4.2. La tutela del minore: una necessaria collaborazione fra servizi*

L'obiettivo primario dei servizi per la tutela dei minori è certamente quello di garantire ai bambini un ambiente di vita protettivo, partendo dal presupposto che il minore ha comunque il diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia, come definito dalla legge 184/83, nei

casi in cui questo sia possibile a fronte del suo benessere. Per questo motivo, gli assistenti sociali dei servizi di tutela dichiarano l'importanza di comprendere il grado di consapevolezza che le donne hanno rispetto alla propria situazione di tossicodipendenza e in relazione ai bisogni del figlio. Vengono, inoltre, prese in esame le capacità genitoriali, in cui il presupposto fondante deve essere la volontà di un percorso di recupero dalla dipendenza: si cerca di far comprendere che l'intento del servizio è quello di sostenere, accompagnare e supportare, dando fiducia a queste madri, sempre avendo come fine ultimo l'interesse del bambino.

Anche in questo caso, come già raccontato dagli operatori dei Ser.D., i processi di presa in carico che necessiterebbero di una sinergia chiara e definita a priori, risultano privi di prassi operative condivise, mettendo in luce il fatto che spesso i servizi di tutela nemmeno sono a conoscenza di determinate situazioni di nuclei con minori in carico ai servizi per le dipendenze:

Si potrebbe aprire una riflessione congiunta anche con il Ser.D. su come mai sono così rari gli accessi ai servizi da parte di genitori e delle madri tossicodipendenti con figli. Chi fa il supporto a quella genitorialità se non viene coinvolto il servizio per i minori? Questa è la mia esperienza, pochi invii dal Ser.D., rari e di conseguenza pochi nuclei con genitori con dipendenze (As\_4\_tutela).

Gli assistenti sociali dichiarano univocamente di percepire la frammentazione esistente tra i servizi, in particolare nella distinzione tra chi si occupa degli adulti e chi dei minori. Inoltre, alcuni professionisti confessano di non avere chiari gli obiettivi e le modalità di presa in carico dei servizi per le dipendenze.

Non ho una conoscenza approfondita, so un po' il mandato in generale che hanno, quindi di accompagnare le persone che hanno una problematica di dipendenza da sostanze o da comportamenti... ad affrontare questi aspetti ecco, poi il loro modo preciso di lavorare, non lo conosco nello specifico (As\_6\_tutela).

Questa frammentazione, non solo in merito alle procedure di intervento ma anche sulle poco chiare finalità di presa in carico e sulla *mission* di ciascun servizio, fa emergere un'altra mancanza, ovvero l'assenza di una formazione congiunta per i professionisti che operano nei diversi ambiti, pur seguendo le medesime situazioni, per problematiche differenti. L'obiettivo di un progetto di intervento globale e unitario, che dovrebbe caratterizzare il sistema di integrazione socio-sanitaria previsto nel nostro Paese, rischia in

tal senso di venire meno. Queste criticità si risolvono grazie alla collaborazione informale tra colleghi che creano nel tempo modalità di azione condivise, seppure non standardizzate e chiaramente attuabili solo a fronte di relazioni personali stabili, quindi in assenza di turn-over del personale e del mantenimento di un buon rapporto amicale e professionale reciproco.

Perché è vero che c'è un servizio ma poi dentro al servizio ci sono singoli operatori. Allora se è vero che un servizio può avere dall'alto... dall'alto gli viene calata una modalità operativa, delle forme di collaborazione x con alcuni servizi, la differenza a volte, mi permetto di dire, la fanno gli operatori. Quindi sì, tendenzialmente c'è una frammentarietà e non posso dire che non è così perché lo si sente ma penso di poter condividere questo pensiero (As\_5\_tutela).

Non ci sono delle prassi formali, non sono scritte, non ci sono protocolli. C'è una prassi lavorativa perché siamo operatori storici, con i colleghi del Ser.D. abbiamo delle modalità operative che ci siamo costruiti nelle situazioni (As\_4\_tutela).

Un ultimo aspetto rilevante è legato alla collaborazione con l'Autorità Giudiziaria. Gli assistenti sociali dei servizi di tutela affermano che i provvedimenti maggiormente disposti dal Tribunale per i Minorenni per queste situazioni, sono: affidamento al servizio sociale, collocamento in comunità terapeutica per la diade madre-bambino, dichiarazione di adottabilità o decadenza della responsabilità genitoriale nei casi di grave pregiudizio, cura e terapia del genitore per il superamento della problematica tossicomane presso i servizi specialistici. Il coinvolgimento del Tribunale e la conseguente emanazione di un Decreto rispetto alla situazione del minore, viene vista trasversalmente come positiva da tutti i professionisti. Le disposizioni, infatti, appaiono come l'unica cornice definita entro cui gli assistenti sociali possono muoversi, avendo degli obiettivi chiari.

Gli obiettivi li crei in base a quella che è la situazione, sulla base di quella che è la cornice giuridica definita dal Tribunale per i Minori che ti dà dei compiti molto precisi e l'aspetto valutativo ha un peso importante, non solo perché diventa un obbligo nei confronti del Tribunale ma anche perché proprio consente a te operatore di costruire un progetto (As\_6\_tutela).

Tuttavia vi è chi, sottolineando comunque l'importanza del coinvolgimento del Tribunale anche per garantire un maggiore aggancio con l'utenza, spiega come spesso questo possa trasformarsi in un limite rispetto ai progetti

di intervento, a seguito di Decreti che si discostano dalla valutazione espressa dai professionisti.

È una risorsa perché c'è bisogno spesso di un Decreto ufficiale che permette ai servizi di definire quali sono i rispettivi ruoli. Inoltre, è una risorsa perché in qualche modo obbliga anche i pazienti a stare in una cornice di aiuto, di aiuto obbligato. Però nel tempo io ho visto che era necessario, fondamentale che se non c'era un Decreto del Tribunale li avremmo persi o comunque se ne sarebbero spariti chissà dove [...] Diventa un problema quando il Tribunale prende decisioni discordanti, distanti dalle valutazioni dei servizi (As\_11\_Ser.D.).

In questo senso, appare fondamentale che la comunicazione tra servizi e Autorità Giudiziaria sia chiara e sempre aggiornata, al fine di garantire interventi in linea con quanto valutato dagli operatori che conoscono concretamente la situazione del nucleo e del minore. Il Tribunale, infatti, assume le proprie disposizioni prevalentemente sulla base di quanto espresso dai servizi che hanno in carico la famiglia. Se la documentazione appare poco esaustiva o non recente, è verosimile che le decisioni sulla protezione non rispecchino l'effettivo benessere del minore:

Quando la segnalazione è fatta bene, quindi appropriata e quindi la risposta, cioè il Tribunale percepisce il senso, è adeguata cioè non un copia incolla, è assolutamente uno strumento utile e chiaro (As\_5\_Ser.D.).

#### *4.3. Il vissuto delle madri nei confronti dei servizi: dalla paura alla fiducia*

Entrare nel circuito dei servizi sociali, soprattutto per chi è madre e anche dipendente, rappresenta una conseguenza quasi ovvia, ma certamente anche un elemento di forte preoccupazione. Se infatti il sostegno per l'uscita da un percorso di dipendenza può risultare salvifico e spesso persino scelto dalla persona, l'aggancio con i servizi per la tutela dei minori è considerato potenzialmente lesivo.

Per comprendere il vissuto delle donne in merito al complesso rapporto con gli operatori sociali, è stato innanzitutto indagato il primo contatto che hanno avuto con i servizi nella loro biografia di vita. Solo due donne riferiscono di aver incontrato i servizi sociali già durante la loro infanzia per problematiche legate alla famiglia di origine e per un problema di dipendenza nell'adolescenza.

Allora i primi contatti che ho avuto con i servizi sociali sono stati all'età di sette anni, otto, perché appunto mia madre soffriva di depressioni e quindi io, essendo affidata a mio padre, avevano visto che comunque i comportamenti di una bambina di sette anni non erano adeguati (Angela, 37 anni).

Al Ser.D. da quando ero minorenni, cioè ho sempre preso il metadone, poi smettevo, poi ritornavo. Il Ser.D. sempre conosciuto per il metadone (Asia, 29 anni).

Tre intervistate raccontano invece di avere avuto il primo contatto con il servizio per le dipendenze prima della loro gravidanza; cinque donne affermano di essere state segnalate al momento del parto da parte del personale sanitario dell'ospedale e di aver avuto così contatto con il servizio di tutela minori; solo una di loro riferisce di essere stata contattata dai servizi sociali territoriali dopo il parto. Inoltre, tutte le donne al momento dell'intervista hanno riferito di essere ancora in carico ai Ser.D. (anche se concluso il trattamento di cura) e di avere contatti con i servizi di tutela minori, in quanto hanno ricevuto un provvedimento da parte del Tribunale per i Minorenni per l'ingresso nella comunità terapeutica con il proprio bambino. In merito ai percorsi di vita connessi alla dipendenza, le madri dichiarano come i contatti con i Ser.D. fossero più semplici rispetto a quelli con i servizi di protezione, in quanto legati alla propria patologia e non al ruolo genitoriale.

Mi sono affidata al Sert perché vedevo che comunque avevo bisogno di un sostitutivo, non potevo andare avanti a tirare la cinghia per procurarmi la dose se no stavo male. Quindi iscrivendomi al Sert ho innanzitutto ammesso di essere una tossicodipendente, che non è facile e poi mi sono affidata a dei professionisti per farmi aiutare (Angela, 37 anni).

La presa in carico da parte dei servizi per la tutela dei minori, fa emergere sentimenti di rabbia da parte di alcune intervistate, soprattutto in merito alla condizione dei propri bambini, ritenendo di non essere madri trascuranti ma anzi, attente ai bisogni dei figli, seppur con una problematica di dipendenza.

Se potessi bruciarla, la brucerei perché è quella che continua a puntarsi sul togliermi i bambini, però sono arrivata a un tacito accordo di non belligeranza nel senso, non mi rompete le balle (Marika, 35 anni).

All'inizio [...] facevo il ragionamento, cioè ci sono pedofili, assassini, gente che manda i figli a rubare, vengono picchiati, sporchi, di tutto... sono ancora là fuori beati e felici, io perché ho fatto due urine di merda, devo essere qua? [...] vabbè, è vero comunque in gravidanza ho usato, è vero sono stata gra-

ziata da una parte perché potevano succedere cose gravi, che lui avesse problemi, però in ogni caso io conto da dopo che è nato, che mi si è accesa appunto sta lampadina, sta cosa, io non gli ho mai fatto mancare niente, cioè pulito, profumato, mangiava, coccolato, non gli mancava niente. [...] Ero terrorizzata anche quando mi è arrivato il mio primo Decreto, [...] ero disperata anche lì, perché io leggere un affidamento ai servizi sociali, allora lo colleghi al fatto che decide qualcun altro per lui, devo far conto a qualcuno di lui, per un genitore è una morte proprio psicologica. E devi accettare che devono esserci ste persone a cui tener conto della vita di tuo figlio, dà sui nervi, troppo. Però ora d'altra parte ci ho fatto l'abitudine, penso (Chantal, 23 anni).

L'altro sentimento più volte riportato è la paura. Paura legata in primis alla possibilità che i bambini vengano allontanati dalla famiglia, ma anche in relazione alla valutazione sulle competenze genitoriali e sul futuro incerto dei percorsi di presa in carico. Un'intervistata racconta dettagliatamente come il "potere" che i servizi possono esercitare nelle decisioni sul benessere dei minori sia preoccupante e spaventoso, anche a fronte degli stereotipi sugli assistenti sociali. Un'altra invece sente una forte pressione rispetto alle sue capacità come mamma:

A parte il fatto che tra film americani, mia mamma che ha sempre detto che gli assistenti sociali portano via i bambini [...]. Praticamente c'è anche questa influenza e comunque fanno paura e non sempre le capisco le decisioni che loro dicono "Per il bene dei figli"... però a volte non sempre sono d'accordo con le loro decisioni, mi fanno paura, mi fanno sentire come se... Avere un potere su di me che praticamente... dipende, cioè dipende anche da me, ma dipende da loro perché comunque loro non fidandosi di me, [...] anche se io dimostrassi magari di andare bene però chissà, chissà cosa dovrò passare prima, cioè se anche tutto andasse bene, chissà quanto siamo stati lontani, se me le affideranno ormai mai più, comunque hanno un potere su di me (Bianca, 41 anni).

Anche adesso comunque ogni tanto, hai sempre paura che dici o fai qualcosa di sbagliato, che poi "Oddio adesso mi mettono i bambini chissà dove, oddio non sono una brava mamma, oddio!". Non è facile, non è facile per niente. Poi, per carità, capisci anche che loro tutelano il minore ovviamente, però per una mamma non è così facile (Silvia, 32 anni).

Complessivamente la differenza sulla riuscita o meno di un percorso di sostegno alla maternità e, insieme, di tutela dei minori, è legata al tema della fiducia. Le intervistate spiegano come, sentendosi degne di fiducia rispetto alla possibilità di cambiamento e di essere delle madri adeguate, siano riuscite a dare effettivamente avvio ad un processo trasformativo

nelle loro vite.

Lei comunque ci credeva in me, ci credeva in me anche quando sono andata, che stavo andando in comunità mi ha abbracciato, mi ha detto: “Dai io sono sicura che tu ce la fai, che voi due ce la fate, perché L. ha bisogno di voi, non di qualcun altro, nessuno è meglio di voi per crescere L.”. E io dico: “Cavolo, è una cosa importante che ha detto un’assistente sociale, nel senso se il suo lavoro è toglierli i bambini” e allora bene (Chantal, 23 anni).

Venivano in casa a fare le visite loro con l’infermiera, così però all’inizio in realtà ho avuto paura ma è stato positivo perché si sono fidati e io quando mi danno fiducia, io do ancora meglio, perché più una persona non si fida, più per me è difficile tirar fuori forza (Bianca, 41 anni).

Infine, alcune di loro ammettono che se l’aggancio con i servizi fosse stato più precoce, probabilmente la situazione non avrebbe assunto livelli di gravità importanti, identificando nei servizi un valido supporto al proprio percorso, soprattutto in termini di consapevolezza, come spiega Natalia:

Io avessi fatto il percorso che ho fatto questi due anni 10 anni fa, forse mi sarei anche risparmiata tanti errori, tanti sbagli, mi sarei risparmiata tanti problemi. Ma neanche risparmiata, avrei saputo come affrontarli e fare le scelte più giuste, chiedendo aiuto, parlandone (Natalia, 41 anni).

## 5. Conclusioni

Il rapporto tra dipendenza e maternità porta ad interrogare i servizi e le istituzioni sulla necessità di mantenere un legame potenzialmente dannoso tra la madre e il suo bambino, partendo dal presupposto che la tossicodipendenza è uno dei fattori di rischio più elevato nel maltrattamento sui minori. Invero, la possibilità per un bambino di crescere all’interno della propria famiglia è riconosciuta dalla nostra legislazione come diritto, tenendo conto che la dipendenza è una patologia che non necessariamente pregiudica in toto le competenze genitoriali, soprattutto se vi sono presenti altre figure capaci di sostenere il genitore e di tutelare l’interesse del minore.

A fronte di questi presupposti, la funzione di mediazione tra il percorso di recupero della madre, il sostegno alla genitorialità e il benessere dei bambini, deve essere garantito da progetti di intervento integrati che prevedano un lavoro sinergico tra i vari attori coinvolti. Nel sistema socio-sanitario ita-

liano, pertanto, questa collaborazione vede in prima linea i servizi per le dipendenze, i servizi per la tutela dei minori e, qualora necessario, l'Autorità Giudiziaria.

L'analisi effettuata ha evidenziato la frammentazione territoriale che contraddistingue le modalità operative dei servizi per le dipendenze e per la tutela minori nella Regione Veneto: solo nei contesti più ampi, come i capoluoghi di Provincia, vi sono infatti protocolli operativi definiti tra le istituzioni coinvolte che prevedono l'accompagnamento della donna dipendente dalla gravidanza sino alla nascita e crescita del bambino, mentre in molte altre realtà territoriali gli operatori gestiscono la presa in carico in maniera discrezionale, sulla base delle risorse presenti e dei rapporti interpersonali tra i colleghi dei vari servizi. Risulta, inoltre, la mancanza di una formazione specifica sulla donna e madre dipendente: alcuni assistenti sociali dei servizi per la tutela dichiarano infatti di non avere una conoscenza precisa di come si articolano i percorsi riabilitativi di queste donne e, d'altra parte, i colleghi dei Ser.D. lamentano come il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria spesso disattenda ciò che viene espresso nelle loro valutazioni rispetto alla dipendenza della madre e, di conseguenza, nella gestione della genitorialità. Se infatti la presenza di un Decreto del Tribunale per i Minorenni si configura, come riportato dagli assistenti sociali dei servizi di tutela, l'unica cornice certa entro cui definire i propri interventi, è importante sottolineare come in un contesto di fragilità genitoriale così complesso come quello della maternità dipendente, un provvedimento non calibrato tenendo conto di tutti gli elementi necessari, potrebbe risultare indubbiamente dannoso per il minore.

Le madri riportano sentimenti di paura e rabbia nei confronti della figura dell'assistente sociale, anche a fronte di una visione stereotipica che ancora oggi associa questi professionisti ai "ladri di bambini". Ciò che permette di andare oltre a questo vissuto, trova fondamento nella costruzione di relazioni di fiducia che restituiscono alla donna una possibilità di cambiamento della sua situazione e una valutazione come madre non solo legata alla dipendenza. Le intervistate, infatti, dopo un primo approccio quasi sempre negativo ai servizi, sul lungo periodo ravvisano l'importanza della presa in carico e i risultati dettati dai percorsi di supporto, anche quando presente il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria.

Concludendo, appare pertanto fondamentale che vengano implementate a livello istituzionale collaborazioni formalizzate attraverso protocolli operativi innanzitutto tra servizi per le dipendenze e servizi per la tutela dei minori, al fine di restituire, in primis all'utenza, la percezione di una presa in carico integrata in cui la tutela del minore, il supporto alla genitorialità e i percorsi riabilitativi, costituiscano parte dello stesso processo di intervento,



in un'ottica di trasparenza ed equità. Ancora, questo porterebbe alla definizione di percorsi formativi congiunti per gli operatori, permettendo così di acquisire maggiori competenze e condividere le specifiche esperienze professionali, al fine di garantire interventi non frammentati, e pertanto, l'erogazione di prestazioni più omogenee anche a livello territoriale.

## Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2001), *Tossicodipendenza femminile e genitorialità*, Atti della terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Genova, 28-30 novembre 2000, <http://psychiatryonline.it/sites/default/files/colodi.pdf>.
- Alati R., Smith G. D., Lewis S. J., Sayal K., Draper E. S., Golding J., Gray R. (2013), *Effect of prenatal alcohol exposure on childhood academic outcomes: contrasting maternal and paternal associations in the ALSPAC study*, «PLoS One», 8(10).
- Banwell C., Bammer G. (2006), *Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use*, «International Journal of Drug Policy», 17, pp. 504-513.
- Becker J.B., McClellan M.L., Reed B.G. (2017), *Sex differences, gender and addiction*, «Journal of neuroscience research», 95(1-2), pp. 136-147.
- Bellucci S. (2014), *Tossicodipendenza e genitorialità: fattori di rischio e programmi di intervento*, «Psicologia Neofreudiana», <http://www.ifefromm.it/rivista/2014-xx/1/contributi/4.pdf>.
- Bichi R. (2002), *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Vita e Pensiero, Milano.
- Blakey J.M. (2012), *The best of both worlds: How kinship care impacts reunification*, «Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services», 93, pp. 103-110.
- Boffo A. (2011), *Relazioni educative, tra comunicazione e cura: autori e testi*, Apogeo, Milano.
- Brandon M., Sidebotham P., Bailey S., Belderson P., Hawley C., Ellis C., Megson M. (2012), *New learning from serious case reviews: a two year report for 2009-2011*, «British Journal of Psychiatry», 154, pp. 677-682.
- Canfield M., Radcliffe P., Marlow S., Boreham M., Gilchrist G. (2017), *Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care*, «Child abuse & neglect», 70, pp. 11-27.
- Cheli M., Giacomuzzi S. (2009), *Dipendenze patologiche e maltrattamento infantile*, «Personalità e Dipendenze», 15(3), pp. 1-8.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (2017), *La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca*, Cortina, Milano.
- Conners N.A., Bradley R.H., Mansell L.W., Liu J Y., Roberts T.J., Burgdorf K., Herrell J.M. (2003), *Children of mothers with serious substance abuse problems: An accumulation of risks*, «The American Journal of Drug and Alcohol Abuse», 29(4), pp. 743-758.

- De Fazio G.L. (2000), *La tossicodipendenza femminile in Italia: specificità ed autonomia del tema*, «Rassegna Italiana Di Criminologia», 1, pp. 37-52.
- Di Blasio P., Verrocchio M.C., Procaccia R., Camisasca E. (2005), *Children's resilience, protective and risk factors in therapy with abusing families*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 7(3), pp. 89-104.
- Doab A., Fowler C., Dawson A. (2015), *Factors that influence mother-child reunification for mothers with a history of substance use: A systematic review of the evidence to inform policy and practice in Australia*, «International Journal of Drug Policy», 26(9), pp. 820-831.
- Gray R., Mukherjee R.A., Rutter M. (2009), *Alcohol consumption during pregnancy and its effects on neurodevelopment: what is known and what remains uncertain*, «Addiction», 104(8), pp. 1270-1273.
- Haseltine F.P. (2000), *Gender differences in addiction and recovery*, «Journal of women's health & gender-based medicine», 9(6), pp. 579-583.
- Klee H. (1998), *Drug-using parents: analysing the stereotypes*, «International Journal of Drug Policy», 9(6), pp. 437-448.
- Klee H., Wright S., Rothwell J. (1998), *Drug using parents and their children: risk and protective factors. Report to the Department of Health*, SRHSA, The Manchester Metropolitan University, Manchester UK.
- Lean R.E., Pritchard V.E., Woodward L.J. (2013), *Child protection and out-of-home placement experiences of preschool children born to mothers enrolled in methadone maintenance treatment during pregnancy*, «Children and Youth Services Review», 35(11), pp. 1878-1885.
- Liverani A., Massa L., Ercolanese T.I., Amante M.T., Valletta E. (2017), *La gravidanza nell'adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura*, «Quaderni Acp», 22(5), pp. 241-244.
- Lloyd M. (2018), *Health determinants, maternal addiction, and foster care: Current knowledge and directions for future research*, «Journal of Social Work Practice in the Addictions», 18(4), pp. 339-363.
- Lloyd M.H., Akin B.A., Brook J. (2017), *Parental drug use and permanency for young children in foster care: A competing risks analysis of reunification, guardianship, and adoption*, «Children and Youth Services Review», 77, pp. 177-187.
- Minnes S., Singer L.T., Humphrey-Wall R., Satayathum S. (2008), *Psychosocial and behavioral factors related to the post-partum placements of infants born to cocaine-using women*, «Child Abuse and Neglect», 32, pp. 353-366.
- Molteni L. (2011), *L'eroina al femminile*, FrancoAngeli, Milano.
- Morton J., Konrad S.C. (2009), *Introducing a caring/relational framework for building relationships with addicted mothers*, «Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing», 38(2), pp. 206-213.
- Murphy S., Rosenbaum M. (1995), *The rhetoric of reproduction: pregnancy and drug use*, «Contemporary Drug Problems», 23, pp. 581-585.
- Niccols A., Milligan K., Sword W., Thabane L., Henderson J., Smith A. (2012), *Integrated programs for mothers with substance abuse issue: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes*, «Harm Reduction Journal», 9, pp. 14.

- Nigris D. (2018), “Il disegno della ricerca: approccio comparativo e analisi delle interviste”, in Pattaro C., Nigris D. (a cura di), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A., Ahlqvist Helenius H., Piha J. (2001), *An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers*, «Journal of Substance Abuse Treatment», 20, pp. 143-151.
- Parolin M., Simonelli A. (2016), *Attachment theory and maternal drug addiction: The contribution to parenting interventions*, «Frontiers in psychiatry», 7, pp. 152.
- Porter L.S., Porter B.O. (2004), *A blended infant massage-parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers*, «Pediatric Nursing», 30(6), pp. 363-401.
- Rapporto Parsec (2013), *Protocollo per la presa in carico di donne tossicodipendenti in gravidanza*, <https://docplayer.it/19745609-Protocollo-per-la-presa-in-carico-di-donne-tossicodipendenti-in-gravidanza.html>.
- Sala S. (2010), “L'intervista”, in De Lillo A. (a cura di), *Il mondo della ricerca qualitativa*, UTET, Torino.
- Sarkola T., Kahila H., Gissler M., Halmesmaki E. (2007), *Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems*, «Acta Paediatrica», 96, pp. 1571-1576.
- Segatto B., Dal Ben A. (2020), *Decisioni Difficili. Bambini, Famiglie e Servizi Sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Sun A.P. (2004), *Principles for practice with substance-abusing pregnant women: A framework based on the five social work intervention roles*, «Social Work», 49(3), pp. 383-394.
- Taplin S. and Mattick R.P. (2015), *The nature and extent of child protection involvement among heroin-using mothers in treatment: high rates of reports, removals at birth and children in care*, «Drug and Alcohol Review», 34, pp. 31-37.
- Tracy E.M. and Martin T.C. (2007), *Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment*, «Journal of Substance Abuse Treatment», 32, pp. 81-88.
- Young N.K. (2016), *Written testimony of Nancy K. Young, Ph.D.: Examining the impact of the opioid epidemic*, Children and Family Futures, Lake Forest, CA.



## *4. Le competenze dell'operatore di rete dei servizi di alcolologia del Trentino: una ricerca volta alla costruzione condivisa rubriche di autovalutazione*

*di Marinella Fanti, Anna Serbati e Daniele Nigris<sup>1</sup>*

### **1. Introduzione**

Il tema delle competenze, così come quello della riflessività e della valutazione, sono al centro dei dibattiti in ambito formativo, lavorativo e sociale. In un mondo del lavoro globalizzato ed eclettico come quello attuale, gli operatori si possono trovare spiazzati, poiché chiamati ad agire in contesti altamente complessi, sempre più labili, dove il ruolo classico del “professionista” viene messo in discussione. A chi si occupa di sociale si richiede di saper essere flessibile, adattabile, “fluidi”, senza però perdere di vista il proprio ruolo, appunto, di professionista, il mandato etico, sociale e istituzionale. All'interno di questo contesto, non solo si fanno fumosi i confini di ciò che compete ai diversi professionisti, ma si assiste alla nascita di nuove figure professionali, spesso frutto dell'ibridazione fra diverse discipline e ambiti formativi già esistenti. Si rende sempre più evidente la necessità di interiorizzare l'idea di un operatore riflessivo, in grado di valutare e di autovalutarsi, che utilizza il pensiero e l'indagine come strumenti di miglioramento continuo e come fonti di apprendimento dall'esperienza. Dispositivi, questi, utili allo sviluppo di competenze che, per gli assistenti sociali divengono fondamentali per fronteggiare la complessità, saperla leggere e comprendere, per poi agire all'interno di essa e con essa. In questa sede si propone una ricerca composta da due obiettivi: il primo ha condotto alla definizione del profilo professionale della figura dell'operatore di rete dei Servizi di alcolologia.

---

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro condiviso, tuttavia a Marinella Fanti vanno attribuiti i paragrafi 2 e 3, a Anna Serbati i paragrafi 4 e 5 e a Daniele Nigris il paragrafo 1. Il paragrafo 6 è stato scritto congiuntamente dai tre Autori.

gia del Trentino, figura a carattere socio-sanitario; mentre il secondo ha portato alla co-costruzione di uno strumento per l'autovalutazione delle competenze di questa figura professionale (Fanti, Serbati e Nigris, 2018).

## 2. La valutazione e la riflessività

Il tema della valutazione, tema ancora poco riconosciuto nel Servizio sociale italiano, risulta necessariamente legato a quello della 'scientificità', tema che ha interessato l'ambito del lavoro sociale fin dalle sue origini, nel lungo dibattito che vedeva contrapposta "scienza" ed "arte". Oggi sia la componente artistica che quella scientifica sono considerate due dimensioni complementari e imprescindibili (Fargion, 2009).

Il lavoro sociale, infatti, si esplica nella ricchezza di stimoli e di "disordine" dell'ambiente, il quale si presta a diverse letture, anche contraddittorie, in cui gli esiti non sono sempre prevedibili (Fargion, 2009). Quella dell'assistente sociale è stata definita proprio per questo la "professione dell'incertezza". Folgheraiter (2002) arriva ad affermare che il lavoro sociale è così post-moderno da non poterlo nemmeno pensare se non entro i parametri della labilità e dell'incertezza. Questa incertezza cronica sulla quale operatori e ricercatori tentano di costruire con fatica delle sicurezze, ci porta quindi al tema, sempre più premente, dell'operatore riflessivo.

La riflessività non si può paragonare semplicemente ad un "pensare", ma ad una più complessa azione di acquisizione di consapevolezza rispetto a sé, agli altri, alle azioni compiute. Pertanto, la riflessività può essere considerata come un'analisi che interroga il processo stesso attraverso cui è stata creata una data interpretazione (Fox, 1999) e che, superando ciò che già si conosce, si rivolge all'innovazione e alla creatività (Contini, 2014).

Sul tema della riflessività interessanti sono in particolare i contributi di Dewey (1961) e di Schön (1983). Basti ricordare che Dewey, parte dal presupposto che il soggetto abbia capacità di apprendere dall'esperienza, rielaborandola e attribuendole un significato. Il pensiero, perciò, non sarebbe un elemento esterno all'esperienza, bensì un elemento fondante di questa, che si origina dalle situazioni vissute dalle persone. Per Dewey l'apprendimento si costruisce attraverso l'esperienza.

Schön pubblica nel 1983 *"Il professionista riflessivo"*. L'autore mette in luce, una crescente crisi di fiducia nella cosiddetta 'conoscenza professionale'. Infatti, nonostante le professioni siano divenute essenziali per il buon funzionamento della società occidentale, la sfiducia non fa che aumentare

verso quella che era l'idea di professionisti detentori di una straordinaria conoscenza su questioni di rilevanza sociale. Brooks, già nel 1967, scriveva che le professioni sono poste di fronte ad una esigenza di adattabilità senza precedenti (in Schön, 1993, p. 43).

Per Schön (1993) è quindi fondamentale all'interno di questo quadro il superamento da parte dei professionisti del concetto di "razionalità tecnica" a favore di un atteggiamento riflessivo, poiché la mera applicazione di teorie e tecniche a base scientifica non è più sufficiente. Schön, inoltre, individua due tipi di riflessione: la riflessione in azione, e la riflessione dopo l'azione – o sull'azione. La riflessione in azione avviene, appunto, durante le attività. Il professionista si trova a dover gestire una situazione analizzando nuovamente le informazioni e, guidato dal pensiero riflessivo, ad agire di conseguenza. Il secondo tipo di riflessione, quella che segue l'azione, consolida la capacità di generalizzare le esperienze, generando conoscenza professionale, nuovi modelli conoscitivi e operativi (Dal Pra Ponticelli, 2010).

L'idea del professionismo riflessivo in ambito sociale nasce dal fatto che gli operatori si trovano ad affrontare situazioni indefinite, complesse, incerte (Fargion, 2009) sulle quali sono chiamati ad agire nel rispetto della metodologia, dei valori etici, delle persone, del mandato.

### **3. La professione e le competenze**

La riflessione sulla professionalità dei lavoratori sta aiutando a superare la concezione dell'approccio legato alle mansioni spostandosi verso un approccio per competenze, con una visione più dinamica del professionista (Serbati, 2014).

L'avvento del concetto di competenza ha rappresentato un momento di svolta rispetto alla concezione passata del professionista come mero detentore di saperi. La competenza è, di fatto, un concetto complesso, che fa riferimento alla capacità combinatoria del saper utilizzare e connettere saperi, e di adattarli di volta in volta al contesto professionale, anche in situazioni inedite (Cambi, 2004). La competenza, quindi, aggrega significati multipli configurandosi come la risultante del saper agire – ossia di combinare e mobilitare risorse di diverso tipo in relazione alla situazione – del voler agire – legato alla motivazione personale e delle sollecitazioni esterne – e del poter agire – in relazione all'ambiente professionale di riferimento (Le Boterf, 2004).

Per competenza professionale con specifico riferimento all'ambito sociale si intende un insieme di determinati comportamenti e di attività, tipiche

di ciascuna professione, in cui una componente essenziale è costituita dagli atteggiamenti professionali, intesi come un durevole sistema di valutazioni positive e negative, di sentimenti, di emozioni e di tendenze all'azione favorevoli o sfavorevoli nei confronti di oggetti sociali (Dal Pra Ponticelli, 1987).

Valutare le competenze dei lavoratori del sociale può, quindi, avere diverse finalità. Innanzitutto, può essere vista come una pratica riflessiva, in particolar modo se proposta secondo un approccio auto-valutativo, e si lega al tema del *lifelong learning*. In questo senso, la valenza educativa di un modello centrato sulle competenze si identifica nella capacità delle persone di investire nei processi di apprendimento e sviluppo nel senso più ampio possibile (Alessandrini, 2010). Un altro motivo per sostenere l'approccio per competenze ai lavori del sociale è legato alla maggiore presa di consapevolezza rispetto alla propria professione, e alle sue specificità, favorendo anche il riconoscimento esterno dell'operatore in quanto professionista, evitando così di considerare l'attività sociale come esclusivo frutto di una buona attitudine personale (Zini, 2013). Infine, una delineazione del profilo dei professionisti del sociale basato sulle competenze, anziché su compiti o mansioni, renderebbe il profilo stesso più esaustivo e completo, poiché gli operatori sociali hanno responsabilità che vanno oltre la mera esecuzione di compiti e l'osservanza di regole (Banks, 1999).

Per valutare le competenze che riguardano i professionisti del sociale, è necessario, in quanto oggetto di analisi complesso, assumere più di una prospettiva di osservazione, più livelli di esplorazione (Castoldi, 2009). La competenza non può mai essere colta in quanto tale, ma attraverso le sue manifestazioni, che sono osservabili durante l'assolvimento di un compito. Esse, infatti, non sono visibili e facilmente misurabili, sono bensì "proprietà emergenti" (Cepollaro, 2008) frutto di un processo di creazione spontaneo e contestuale. Per raccogliere i dati necessari, Castoldi (2016) suggerisce di seguire il principio di triangolazione, che prevede, appunto, l'attivazione e il confronto a più livelli di osservazione per consentire in seguito una ricostruzione articolata e completa. Inoltre, a seconda del tipo di indagine che si vuole svolgere, verranno utilizzate valutazioni diverse (oggettiva, soggettiva e intersoggettiva), con l'uso di strumenti e metodi differenti, che rispondano ad istanze di tipo diverso (Galliani, 2010). Castoldi (2016) suggerisce che nella valutazione delle competenze sia necessario tenere in considerazione tre dimensioni:

1. dimensione oggettiva, ovvero le evidenze osservabili che attestano la prestazione del soggetto e i suoi risultati in relazione al compito affidato, alle conoscenze e alle abilità manifestate;



2. dimensione soggettiva, che richiama i significati attribuiti dal soggetto alla sua esperienza di apprendimento, il senso che dà al compito, il senso di autoefficacia e di fiducia in sé, le risorse e gli schemi mentali da utilizzare;
3. dimensione intersoggettiva, concerne il sistema di attese, implicite o esplicite, che il contesto sociale esprime in rapporto alla capacità del soggetto di rispondere adeguatamente al compito richiesto.

Solo la ricomposizione di queste diverse dimensioni può restituire una visione olistica della competenza raggiunta, riuscendo a ricomporla nella sua complessità (Castoldi, 2016).

Come già accennato, per la valutazione delle competenze, possono essere utilizzati, diversi metodi di analisi (Serbati, 2014):

- metodi analitici: indagano gli aspetti attitudinali della competenza (test di intelligenza, di personalità, di motivazione);
- metodi analogici: l'indagine verte su caratteristiche predittive di una competenza attraverso la corrispondenza tra situazione simulata e attività reale da svolgere (simulazione di ruolo, esercitazioni di ruolo, etc.);
- metodi reputazionali: la valutazione è partecipata da tutti gli attori coinvolti, la persona stessa (auto-valutazione), pari e superiori (covalutazione), valutatori (etero-valutazione). Si utilizzano vari strumenti: questionari, interviste, rubriche, incidenti critici, bilancio di competenze, portfolio delle competenze, metodi narrativo-biografici etc.

Riprendendo il modello di Pellerey (2004), possiamo porre al centro delle tre dimensioni (oggettiva, soggettiva, intersoggettiva) lo strumento della rubrica valutativa, come dispositivo attraverso il quale esplicitare il significato attribuito alla competenza oggetto di osservazione e precisare i livelli di padronanza attesi in rapporto a quel particolare soggetto. La rubrica costituisce, perciò, il punto di riferimento di diversi materiali e assicura unitarietà e coerenza in sede di auto o etero valutazione (Castoldi, 2016). Possiamo definire la rubrica di competenze come un prospetto di descrizione di una competenza, utile a identificare ed esplicitare le aspettative specifiche relative ad una data prestazione e a indicare il grado di raggiungimento degli obiettivi prestabiliti (Castoldi, 2009). McTighe e Ferrara (2007) la definiscono come uno strumento di valutazione impiegato per valutare la qualità dei profitti e delle prestazioni in un determinato ambito. Secondo gli autori, la rubrica consisterebbe in una scala di punteggi prefissati e in una lista di criteri che vanno a descrivere le caratteristiche di ogni punto della scala.

Quindi, promuovere modalità di autovalutazione delle proprie prestazioni, soprattutto attraverso l'uso di strumenti come quelli della rubrica, ha lo scopo di potenziare la consapevolezza in merito al proprio sapere, alle

proprie conoscenze e abilità e la capacità di individuare i propri punti forti e punti deboli (Castoldi, 2016).

## 4. Metodologia della ricerca

### 4.1 Il contesto della ricerca e gli obiettivi di indagine

Il presente lavoro rende conto di una ricerca empirica svolta nel Servizio di alcolologia dell'Azienda Sanitaria della Provincia di Trento. Gli operatori del servizio hanno espresso fin da subito interesse rispetto alla mappatura delle proprie competenze, al fine di aumentare la consapevolezza sulla propria identità professionale e, inoltre, per facilitare il riconoscimento esterno del proprio ruolo.

La figura dell'operatore di rete non è molto presente in letteratura e non possiede un profilo professionale che ne descriva le competenze specifiche. Inoltre, tale ruolo è ricoperto da persone provenienti da percorsi formativi diversi (educatori, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica) che con la pratica maturano competenze specifiche di assistenza socio-sanitaria a persone con dipendenze o fragilità.

Alla luce di ciò, la ricerca si è sviluppata perseguendo due macro obiettivi conseguenti l'uno all'altro:

1. la mappatura e la definizione di attività, conoscenze, abilità e competenze del profilo professionale dell'operatore di rete;
2. la creazione di uno strumento di autovalutazione delle competenze (rubrica di competenze), volto alla crescita professionale e personale, con una scheda a carattere narrativo (domande - stimolo per la riflessione approfondita sull'autovalutazione delle competenze).

Il processo che ha portato alla realizzazione dello strumento di autovalutazione è riassumibile in sei macro fasi, con le correlate azioni, come è possibile vedere dalla tabella 1.

Nel caso della ricerca in esame, si è optato per una metodologia che coinvolgesse durante l'intero processo gli attori del servizio, in un'ottica di valorizzazione del loro contributo e di aderenza dei dati e dello strumento finale alla realtà del contesto. Si è optato quindi per un approccio valutativo partecipato, coinvolgendo attivamente gli operatori di rete già nella strutturazione della ricerca, in qualità sia di protagonisti dell'analisi, sia di destinatari del lavoro, con la finalità ultima di *empowerment*, che passa attraverso l'implementazione del senso di identità professionale e lo sviluppo di consapevolezza rispetto alle proprie esperienze, competenze, abilità e compiti.

Tab. 1 – Sintesi del percorso complessivo di ricerca suddiviso in fasi ed azioni

| FASI  | AZIONI   |
|---|--|
| <i>Strutturazione e condivisione del progetto di ricerca</i>                              | <b>A.1</b> Analisi dei bisogni del servizio<br><b>A.2</b> Definizione degli obiettivi<br><b>A.3</b> Definizione degli strumenti di ricerca<br><b>A.4</b> Individuazione delle persone da coinvolgere nella ricerca<br><b>A.5</b> Presentazione e condivisione con gli operatori del progetto di ricerca  |
| <i>Mappatura delle competenze degli operatori di rete (raccolta dati)</i>                 | <b>B.1</b> Individuazione e analisi dei documenti del servizio<br><b>B.2</b> Interviste ad operatori di rete e responsabili<br><b>B.3</b> Osservazione degli operatori di rete   |
| <i>Analisi dei dati</i>   | <b>C.1</b> Sbobinatura e analisi delle interviste con ATLAS.ti<br><b>C.2</b> Creazione di output schematici tramite ATLAS.ti   |
| <i>Creazione del Profilo professionale dell'operatore di rete</i>                         | <b>D.1</b> Individuazione delle competenze, abilità e conoscenze professionali dell'operatore di rete<br><b>D.2</b> Confronto ed integrazione degli output con documenti e dati emersi dall'osservazione<br><b>D.3</b> Creazione di una bozza di profilo professionale sulla struttura dei Repertori regionali e nazionali delle professioni   |
| <i>Creazione della Rubrica di competenze (strumento di autovalutazione)</i>               | <b>E.1</b> Reperimento di bibliografia riguardante le diverse abilità trattate<br><b>E.2</b> Individuazione, tramite letteratura e dati a disposizione derivati dall'analisi, degli indicatori correlati alle diverse dimensioni/abilità<br><b>E.3</b> Delineamento dei livelli di padronanza attraverso dati raccolti e letteratura<br><b>E.4</b> Revisioni finali della bozza della rubrica di competenze  |
| <i>Condivisione e validazione del Profilo professionale e della Rubrica di competenze</i> | <b>F.1</b> Presentazione e revisione dello strumento con supervisore della ricerca all'interno del servizio (operatore con funzione di coordinamento)<br><b>F.2</b> Condivisione e validazione dello strumento tramite incontro con operatori di rete e responsabili<br><b>F.3</b> Modifica dello strumento sulla base delle indicazioni raccolte durante l'incontro e redazione definitiva della scheda di autovalutazione<br><b>F.4</b> Consegna dello strumento per l'autovalutazione al servizio |

## 4.2. I soggetti coinvolti e gli strumenti utilizzati

Per la realizzazione della ricerca, in riferimento al primo obiettivo di indagine, ci si è quindi orientati sull'utilizzo di una metodologia riconducibile ad un approccio *bottom-up*, assicurando la “triangolazione”, ovvero l'uso di strumenti o strategie diverse finalizzato all'ottenimento di informazioni da più punti di vista in merito ai medesimi fenomeni (Nigris, 2013). L'analisi *bottom-up* è correlata alla *Grounded Theory*, Si tratta di un insieme di principi e tecniche che hanno l'obiettivo il far emergere un modello teorico a partire dai dati raccolti. La *Grounded Theory* è infatti tale perché emerge dal basso, dal “suolo”, e ben si presta all'analisi di dati qualitativi (Giuliano, La Rocca, 2008).

Gli strumenti di ricerca utilizzati per il raggiungimento del primo obiettivo di ricerca, ossia la mappatura delle competenze dell'operatore di rete, sono i seguenti:

- *l'analisi dei documenti*. Come ci ricordano Atkinson e Coffey (1997) trattando proprio il tema dell'analisi documentale nella ricerca qualitativa, i documenti non sono rappresentazioni trasparenti delle routine organizzative, bensì costituiscono tipi particolari di rappresentazioni con convenzioni interne proprie. Si è proceduto quindi all'analisi di 4 documenti interni al Servizio, diversi fra loro per tipologia e obiettivi; si trattava di documenti che spaziavano dalla storia all'organizzazione del servizio, a linee programmatiche, fino a documenti interni esito di confronti fra gli operatori rispetto al proprio ruolo. I documenti sono stati attentamente letti ed analizzati, e successivamente elaborati attraverso annotazioni che sono state poi utili nella fase di costruzione del profilo professionale per delineare le attività svolte dagli operatori, e le abilità a loro richieste.
- *le interviste*. La tipologia di intervista utilizzata per la raccolta delle informazioni necessarie ai fini della ricerca rappresenta un ibrido fra l'intervista semi-strutturata, non direttiva (Milani e Pegoraro, 2011), con alcuni elementi degli obiettivi dell'intervista di esplicitazione (Vermersch, 2005). Sono state intervistate in totale 22 persone, 16 operatori di rete e 6 responsabili dei Servizi di alcolologia dei territori, allo scopo di far emergere le competenze ritenute necessarie e l'interpretazione di questo ruolo professionale. Le interviste sono state tutte registrate e in seguito sbobinate. È stato perciò fatto compilare a tutti gli intervistati un modulo di consenso all'utilizzo dei dati ai fini di ricerca, oltre che una breve scheda con dati anagrafici. Le interviste

sono durate tra i 30 e i 52 minuti. Ai fini della ricerca sono state costruite due diverse tracce per gli operatori e per i responsabili. Le domande sono state poste quasi sempre nello stesso ordine, lasciando libero l'intervistato di toccare gli aspetti che più riteneva importante sottolineare e chiedendo eventualmente di approfondire l'argomento, dove necessario. Il macro obiettivo delle interviste agli operatori di rete era quello di indagare le competenze agite e l'interpretazione legata al proprio ruolo come operatore di rete del Servizio di alcologia. Per i responsabili, scopo dello strumento è stato invece indagare come questi interpretino il ruolo dell'operatore di rete all'interno del Servizio e quali competenze credono siano legate all'operatività di questa figura professionale.

- *l'osservazione*. L'osservazione proposta nella ricerca sugli operatori di rete è avvenuta in seguito alla consultazione dei documenti e alle interviste. Sono stati selezionati 7 operatori, che lavorano in tre diversi servizi del territorio, per un totale di tre settimane. Durante l'osservazione sono state appuntate note brevi scritte sul momento, le quali sono state trascritte ed estese al più presto dopo ogni sessione (Spradley, 1979). Sono state inoltre annotate situazioni particolari che hanno visto coinvolti gli operatori di rete nelle quali hanno dimostrato di saper utilizzare strategie di *problem solving* o di miglioramento personali e del servizio, ossia quelle situazioni in cui hanno dimostrato una performance che permetteva loro di raggiungere i risultati prefissati. Sono inoltre stati annotati i racconti e le spiegazioni che questi davano all'osservatore rispetto alle azioni che stavano compiendo, scrivendo quindi le metariflessioni che questi attuavano nei confronti del proprio operato.

In fase di analisi, con riferimento al secondo obiettivo di indagine, ossia la costruzione e la validazione dello strumento, invece, questi dati sono stati rielaborati e strutturati sulla base della letteratura e della metodologia utilizzata nello sviluppo delle rubriche di competenze. Una volta sviluppata una prima proposta dello strumento sulla base delle conoscenze, abilità e competenze individuate, questa è stata presentata agli operatori stessi, in un'ottica di valutazione partecipata. La metodologia utilizzata per il raggiungimento del secondo obiettivo di ricerca, è stata quella dei lavori di gruppo prima, e del *focus group*, a conclusione del progetto.

Come già esplicitato in precedenza, l'impianto della ricerca in esame si è rifatto ai principi della valutazione partecipata, che mira alla costruzione di un giudizio intersoggettivamente valido, ossia riconosciuto sulla base di pre-

messe note da una certa comunità di persone interessate/esperte su un determinato tema, in questo caso gli operatori di rete. Marchesi, Tagle e Befani (2011, p. 100) ricordano a questo proposito: «L’obiettivo delle pratiche partecipative è quello di raggiungere risultati conoscitivi (e giudizi di valore) sugli effetti e sul senso degli interventi che abbiano una validità condivisa da un maggior numero di attori».

La partecipazione dei soggetti può essere progettata secondo diversi approcci, come la “*responsive evaluation*” (valutazione sensibile) di Stake (1980), in cui il valutatore mantiene la responsabilità di gestire la ricerca e di esprimere il giudizio finale (nel nostro caso, di creare la scheda di autovalutazione), ma lo fa elaborando un sistema di valori che si basa su quelli espressi (più o meno esplicitamente) dai partecipanti.

È importante, in questo tipo di processo di ricerca e creazione, il coinvolgimento degli *stakeholders*, identificati in questo caso con gli operatori di rete e i responsabili dei servizi, partecipanti già nella raccolta dei dati e successivamente coinvolti anche nella fase di restituzione e validazione dello strumento. Questo approccio, definito da Palumbo (2001) “costruttivista – del processo sociale” fornisce, inoltre, una possibilità di potenziamento delle capacità dei beneficiari di utilizzare i risultati per gestire le proprie attività e favorire un processo di apprendimento.

La tecnica del *focus group* permette di stimolare i processi sopraindicati. Si tratta di una discussione, centrata su di un tema, guidata da un conduttore che interagisce con un numero limitato di persone considerate esperte sull’argomento in oggetto. Il *focus group* permette di rivelare opinioni e di studiare il loro affinamento durante l’interazione. Il conduttore guida, stimola, contiene, gestisce le dinamiche di gruppo permettendo a tutti di esprimersi senza prevaricazioni (Coggi e Ricchiardi, 2005).

Per questo motivo, una volta creata una bozza soddisfacente del profilo professionale e della rubrica di competenze in questione, si è passati alla fase di restituzione dei risultati e validazione dello strumento proprio attraverso un *focus group*.

I passaggi volti alla validazione condivisa dello strumento sono stati tre:

1. presentazione e revisione dello strumento con l’operatrice di rete con funzione di coordinamento;
2. incontro con operatori di rete e responsabili per restituzione e validazione dello strumento;
3. modifica dello strumento sulla base delle indicazioni raccolte durante l’incontro e redazione definitiva della scheda di autovalutazione.

All’incontro sono stati invitati a partecipare sia gli operatori di rete che i responsabili. I partecipanti sono stati 15, dei quali 13 operatori di rete e un

responsabile del servizio, inoltre era presente una tirocinante. Ad ogni partecipante è stata consegnata una copia per ciascuno degli strumenti predisposti: profilo professionale dell'operatore di rete, rubrica di competenze e scheda a carattere narrativo per l'autovalutazione (abbinata alla rubrica come strumento guida all'uso della rubrica per supportare la riflessione e l'autovalutazione) ed una copia per ciascun gruppo delle domande-stimolo. L'incontro è stato registrato, previo firma del modulo privacy da parte dei partecipanti, in modo da poter trascrivere fedelmente gli interventi dei partecipanti.

L'incontro si è quindi strutturato così:

- *introduzione con supporto powerpoint*: si sono ripercorse velocemente le fasi della ricerca e sono state date alcune informazioni rispetto al concetto di "competenza" utili a comprendere meglio lo strumento. Si sono quindi presentati il profilo professionale, attraverso degli esempi, e la rubrica di competenza.
- *presentazione delle competenze*: sono state presentate le otto competenze rilevate e riportate nel repertorio professionale, ponendo all'intero gruppo alcune domande stimolo per generare un dibattito.
- *lavoro a piccoli gruppi*: sono stati suddivisi gli operatori in 4 piccoli gruppi di lavoro sulla scheda di autovalutazione di due competenze ciascuno: ogni piccolo gruppo ha lavorato con delle domande-stimolo su due competenze e sulla scheda a carattere narrativo. La facilitatrice è rimasta a disposizione per chiarire eventuali dubbi.
- *restituzione del lavoro svolto in piccoli gruppi*, stimolando la discussione e il confronto (*focus group finale*). Ogni gruppo ha dato una restituzione rispetto a quando evidenziato durante la discussione interna, esponendo le proprie riflessioni, rifacendosi alle domande-stimolo; è stata l'occasione per la facilitatrice per stimolare un confronto fra i partecipanti che potesse essere costruttivo rispetto allo strumento, ai possibili usi, ma anche riflessioni ulteriori rispetto al proprio ruolo, alla figura dell'operatore di rete, al tema della formazione.

Durante il *focus group finale*, il ricercatore si è posto nel ruolo di facilitatore della discussione, ponendo talvolta domande stimolo o di approfondimento, e gestendo i tempi degli interventi.

## 5. I risultati

Seguendo il processo indicato nell'esempio sopra-riportato, le competenze professionali individuate (primo obiettivo d'indagine) sono state otto, con correlate abilità, conoscenze ed attività. Esse sono:

- costruire con le persone/famiglie progetti di cambiamento
- facilitare un colloquio con persone/famiglie all'interno di un percorso di cambiamento
- identificare strategie di sviluppo professionale e di lifelong learning
- progettare iniziative di promozione della salute
- realizzare iniziative di promozione della salute
- favorire alleanze con il territorio nel contesto della promozione del benessere
- documentare le proprie pratiche professionali
- lavorare in gruppo ai fini del coordinamento del servizio.

A partire da queste competenze, è stato costruito il profilo professionale della figura dell'operatore di rete. Per ognuna di queste competenze è stato creato uno specchio che ne delinea le conoscenze, le attività e le capacità connesse.

Si veda l'esempio riportato in tabella 2 relativo alla competenza “*costruire con le persone/famiglie progetti di cambiamento*”.

Correlata ad ogni competenza del profilo, è stata realizzata una rubrica di competenze (secondo obiettivo d'indagine), costruita unendo i dati raccolti in fase di ricerca con la letteratura che riguardava i vari aspetti.

La rubrica, partendo da ogni competenza, è stata così costruita, sulla base di quanto descritto da Castoldi (2016):

- *dimensioni (abilità/capacità)*: nel caso in questione, le dimensioni corrispondono alle abilità precedentemente individuate nel profilo professionale, in quanto identificano le azioni che determinano la competenza oggetto di valutazione;
- *indicatori*: nella rubrica creata, gli indicatori in alcuni casi sono stati individuati con l'aiuto della letteratura, soprattutto quelli riguardanti abilità complesse delle quali è possibile osservare diversi aspetti. In questi casi, è la somma delle evidenze inerenti ai diversi indicatori a stabilire se l'abilità è più o meno acquisita e con quale livello di padronanza;
- *livelli*: nel caso in questione, per ogni indicatore sono stati individuati cinque livelli di padronanza: non raggiunto (0), base (1), intermedio (2), avanzato (3), esperto (4). Il “non livello” 0 è stato inserito in quanto la scheda è finalizzata anche all'obiettivo di miglioramento delle aree di maggior criticità e/o inesperienza. Il livello base è spesso caratterizzato da una conoscenza minima di tecniche/processi e/o da una presenza minima di spirito d'iniziativa o di autonomia. Questi aspetti vengono articolati in modo crescente nei livelli “intermedio” e



“avanzato”, per concludersi nel livello “esperto”, che spesso si distingue dal precedente livello per l’uso sapiente di risorse/strumenti, le capacità di auto-riflessione, il pensiero creativo, l’attenzione per aspetti particolari o l’anticipazione di problemi futuri data dall’esperienza. Inoltre, in fase di messa a punto dello strumento, si è deciso di aggiungere una colonna denominata “Non Richiesto” che l’operatore può spuntare qualora quella determinata abilità non lo riguardi.

Tab. 2 – Esempio tratto dal Profilo Professionale elaborato, relativo alla competenza “Costruire con le persone/famiglie progetti di cambiamento”

| <b>Costruire con le persone/famiglie progetti di cambiamento</b>  |  |
|---|--|
| <b>Attività</b>   |  |
| Accoglienza delle persone/famiglie nel servizio<br>Facilitare colloqui con le persone/famiglie<br>Organizzazione e partecipazione ad incontri di rete/UVM<br>Collaborazione con persone/famiglie e con servizi coinvolti nel progetto (sia istituzionali che non)<br>Lavoro in équipe nel servizio  |  |
| <b>Conoscenze</b>   | <b>Abilità</b>   |
| Conoscenza della metodologia dell’approccio ecologico sociale<br>Conoscenza della <i>mission</i> e della <i>vision</i> del servizio<br>Conoscenze dei servizi, del territorio e delle comunità<br>Conoscenza della strutturazione gerarchico-organizzativa dell’azienda sanitaria<br>Nozioni di politiche sociali e orientamenti del welfare<br>Conoscenza di normativa, linee guida, procedure, prassi e vincoli organizzativi<br>Conoscenza della metodologia del lavoro di équipe<br>Conoscenza delle tematiche riguardanti stili di vita e altre fragilità<br>Conoscenza delle tecniche della relazione d’aiuto<br>Conoscenza delle tecniche del colloquio<br>Elementi di nozioni psico-socio-sanitarie<br>Conoscenza delle tecniche del lavoro di rete | Utilizzare modalità di accoglienza delle persone nel servizio<br>Individuare i bisogni delle persone/famiglie<br>Individuare gli attori e le risorse significative nel progetto delle persone/famiglie<br>Individuare con le persone/famiglie i percorsi di sostegno territoriali idonei<br>Coinvolgere le risorse e gli attori significativi nel progetto delle persone<br>Gestire il proprio ruolo nella rete degli attori coinvolti nel progetto delle persone/famiglie<br>Valutare e monitorare il percorso di cambiamento con gli attori coinvolti nel progetto |

Nella tabella 3 è riportato un esempio tratto dalla rubrica di competenze finale.

Tab. 3. – Esempio tratto dalla Rubrica di Competenze elaborato, relativa alla competenza “Costruire con le persone/famiglie progetti di cambiamento”

| <b>Costruire con le persone/famiglie progetti di cambiamento</b>     |   |                      |  |   |   |  |  |
|--|---|----------------------|--|---|---|--|--|
| <b>ABILITÀ/<br/>DIMENSIONI</b>                                       | <b>INDICATORI</b>                                   | <b>Non Richiesto</b> | <b>0. Livello non raggiunto</b>  | <b>1. Livello base</b>  | <b>2. Livello intermedio</b>  | <b>3. Livello avanzato</b>   | <b>4. Livello esperto</b>  |
| <i>Utilizzare modalità di accoglienza della persona nel servizio</i> | <i>Rende il clima dell'incontro positivo</i>        | N.R.                 | Non riesce a creare un clima positivo nell'incontro                          | Accoglie l'altro con disponibilità, ma non è conscio delle modalità con cui si pone verso gli altri | Accoglie l'altro con disponibilità, è conscio delle modalità con cui si pone nei confronti degli altri e le modifica quando non funzionali                  | Manifesta interesse per l'altro, disponibilità, onestà nella comunicazione. Esprime apertamente il proprio sentimento e considera le idee che l'altro suggerisce | Stimola una comunicazione sincera, aperta e empatica. Si pone con disponibilità, rispetta gli orari, non fa trasparire giudizio nella relazione. Si cura di verificare che l'altro sia a proprio agio                          |
|  | <i>Fornisce orientamento e informazioni di base</i> | N.R.                 | Fornisce informazioni confuse o scorrette riguardo servizi, prestazioni etc. | Fornisce solo informazioni basilari, non suggerisce modalità per reperire altre                     | Fornisce informazioni corrette riguardo prestazioni e procedure. Verifica che l'informazione arrivata correttamente e la reazione che suscita nella persona | Fornisce informazioni corrette, orienta la persona riguardo le possibilità del proprio servizio e degli altri, dà spazio a ciò che questo provoca nella persona  | Fornisce informazioni accurate, sia sul proprio servizio che sugli altri. Sa orientare le persone verso la fonte più appropriata a reperire tutte le informazioni necessarie. Dà spazio a ciò che questo provoca nella persona |

|   |   |  |   |  |   |   |   |  |
|---|---|--|---|--|---|---|---|--|
|   |   | <i>Raccoglie tutte le informazioni importanti che riguardano la persona/famiglia</i> | N.R.  | Non si attiva per raccogliere informazioni importanti che riguardano la persona/famiglia                                 | Si limita a raccogliere le informazioni che gli vengono riportate           | Si attiva per raccogliere le informazioni importanti ponendo domande alla persona/famiglia        | Pone domande precise alla persona, conosce quali sono le informazioni necessarie, consulta altri servizi coinvolti nel progetto della persona   | Riesce a far parlare la persona anche di temi delicati, ponendo domande in modo opportuno e rispettoso, riflette insieme a questa sulle informazioni ottenute per collezionarle meglio |
| <b>Individuare i bisogni della persona/famiglia</b> | <i>Individua i bisogni portati dalla persona/famiglia</i> | N.R.   | Non riesce ad individuare i bisogni portati dalla famiglia o li interpreta in modo fuorviante | Talvolta interpreta in modo fuorviante i bisogni emersi o si limita ad individuare i bisogni che gli vengono esplicitati | Mette in atto delle strategie per indagare i bisogni della persona/famiglia | Riesce a comprendere i bisogni espliciti portati dalla persona e a far emergere bisogni impliciti | Riesce a discernere tra i bisogni più urgenti e quelli che possono trovare risposta sul lungo periodo. Stimola la riflessione su questo, cercando di inserirli in un quadro più ampio |  |

Attraverso l'uso del *focus group*, sono emerse delle proposte di modifica allo strumento, in particolare per quanto riguarda il linguaggio e la terminologia utilizzata. Il Servizio di alcologia è molto attento ad evidenziare il ruolo centrale nel processo di cambiamento delle persone e delle famiglie, a non imporre il proprio pensiero di “professionista” ma a favorire la co-costruzione di scelte e di nuovi stili di vita. Sono state quindi proposte modifiche di questo tipo: al posto di “Creare alleanze con il territorio”, “Favorire alleanze con il territorio”; per sottolineare la dimensione del fare assieme, “Costruire con persone/famiglie percorsi di cambiamento” invece di “Costruire percorsi di cambiamento con persone/famiglie”. Sostanzialmente è stato importante rivedere alcune espressioni per rendere questo strumento il più possibile aderente alla pratica lavorativa e, quindi, all'agire della figura dell'operatore di rete dei Servizi di alcologia.

È stato interessante notare che la rubrica di competenze, in questa fase solo di “test”, abbia già iniziato, attraverso la discussione di gruppo, ad alimentare la riflessione negli operatori, non solo a livello delle proprie abilità, ma anche sulle opportunità offerte dal servizio in termini di formazione e spazi di riflessione. Alcuni presenti all'incontro hanno espresso di ritenere utile, invece, l'aver un quadro di riferimento per gli operatori di rete, anche nella prospettiva di inserimento nel servizio di nuovi assunti o tirocinanti. Un altro aspetto è la possibilità, attraverso la definizione dei cinque livelli, di essere facilitati nell'individuare obiettivi di miglioramento professionale.

La fase di validazione dello strumento è stata una tappa importante del processo, poiché ha permesso di avere un riscontro rispetto all'aderenza dell'interpretazione dei dati svolta dal ricercatore rispetto alla realtà degli operatori. L'incontro con i partecipanti, ossia con coloro che utilizzeranno la rubrica di competenze a scopo autovalutativo, è stato inoltre fondamentale per poter accompagnare le persone nel primo incontro con lo strumento.

Vi era, infatti, in alcuni un sentimento di timore verso questa scheda, nato probabilmente dalla resistenza e diffidenza che ancora c'è nei confronti della valutazione in generale nell'ambito del sociale. Ciò è emerso chiaramente nella fase finale dell'incontro, nella quale è stato chiesto ai partecipanti di provare ad ipotizzare come questo strumento possa essere utilizzato nei Servizi di alcologia. Se da una parte in molti ne hanno sottolineato l'effettiva utilità per l'autovalutazione, altri hanno sollevato il dubbio che possa essere usato un giorno dai superiori per formulare dei giudizi di valore sull'operato.

## 6. Conclusioni

Attraverso la ricerca svolta presso il Servizio di alcologia è stato possibile raggiungere l'obiettivo di realizzare una mappatura delle competenze in adulti lavoratori, comprendenti saperi e capacità acquisite attraverso l'esperienza e definite da un approccio comune, unitamente all'obiettivo di creare uno strumento di autovalutazione delle competenze (rubrica di competenze), volto alla crescita professionale e personale.

La ricerca non è stata priva di difficoltà, in quanto ha richiesto notevole tempo e lavoro, si è reso necessario utilizzare strumenti di indagine diversi e coniugare saperi provenienti da differenti discipline. L'indagine ha adottato infatti un approccio multi-metodo, utilizzando analisi documentale, interviste, osservazione e *focus group* al fine di "triangolare" le informazioni, raccogliendole da più punti di vista sullo stesso fenomeno.

È stato possibile osservare come non sempre il soggetto sia consapevole del proprio sapere e delle proprie capacità. È stato, infatti, un esercizio non sempre facile quello di portare in superficie aspetti delle competenze che sono solitamente inconsapevoli, automatici. Per fare ciò è stato fondamentale coinvolgere il più possibile i destinatari del progetto, i quali erano al tempo stesso anche l'oggetto di studio, ascoltare le loro narrazioni e supportarli nell'esplicitazione delle competenze e nella creazione condivisa delle loro definizioni e operazionalizzazioni. La partecipazione alle varie fasi della ricerca ha inoltre permesso di migliorare la percezione dello strumento della rubrica autovalutativa, di avvicinarsi ad esso con meno pregiudizio e, inoltre, ha fatto sì che essa rispecchiasse in maniera più fedele la realtà, limitandone la distorsione. L'output finale, nonostante la difficoltà in termini di termini e mole di lavoro richiesto, ha raggiunto l'obiettivo relativo alla creazione di uno strumento basato su un approccio di ricerca partecipativo, partito "dal basso", nel quale gli operatori del Servizio possano rispecchiarsi e descrivere loro stessi, anche all'esterno.

## Riferimenti bibliografici

- Alessandrini G. (2010), "Formazione continua e competenze", in Porcarelli A. (a cura di), *Formare per competenze. Strategie e buone prassi*, Atti della VII Biennale Internazionale sulla didattica universitaria, Padova, 3-4 dicembre 2008, Pensa MultiMedia, Lecce.
- Atkinson P.A., Coffey A. (1997), "Analysing documentary realities", in Silverman D. (ed), *Qualitative research: Theory, method and practice*, Sage, London.
- Banks S. (1999), *Etica e valori nel servizio sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel welfare mix*, Erickson, Trento.

- Cambi F. (2004), *Saperi e competenze*, Laterza, Roma-Bari.
- Campanini A. (a cura di), (2006), *La valutazione nel servizio sociale. Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, Carocci, Roma.
- Castoldi M. (2009), *Valutare le competenze: Percorsi e strumenti*, Carocci, Roma.
- Castoldi M. (2016), *Valutare e certificare le competenze*, Carocci, Roma.
- Cepollaro G. (2008), *Le competenze non sono cose*, Guerini e Associati, Milano.
- Coggi C, Ricchiardi P. (2005), *Progettare la ricerca empirica in educazione*, Carocci, Roma.
- Contini M., Demozzi S., Fabbri M., Tolomelli A. (2014), *Deontologia pedagogica. Riflessività e pratiche di resistenza*, FrancoAngeli, Milano.
- Dal Pra Ponticelli M. (1987), *Lineamenti di servizio sociale*, Astrolabio, Roma.
- Dal Pra Ponticelli M. (2010), *Nuove prospettive per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Dewey J. (1961), *Come pensiamo*, La Nuova Italia, Firenze.
- Fanti M., Serbati A., Nigris, (2018), *Valutazione delle competenze e lifelong learning: la creazione partecipata di rubriche per l'autovalutazione della figura dell'operatore di rete*, «Lifelong Lifewide Learning», 14(31), pp. 79-95.
- Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma-Bari
- Folgheraiter F. (2002), "Le basi microsociologiche del lavoro sociale", in Marzotto C. (a cura di), *Per un'epistemologia del servizio sociale. La posizione del soggetto*, FrancoAngeli, Milano.
- Fox N. (1999), *Beyond Health. Postmodernism and Embodiment*, Free Association Books, London.
- Galliani L. (2010), "Valutazione delle competenze e sviluppi professionali", in Felisatti E., Mazzucco C. (a cura di) (2008), *Le competenze verso il mondo del lavoro*, Atti della VII Biennale Internazionale sulla didattica universitaria, Padova, 3-4 dicembre 2008, Pensa MultiMedia, Lecce.
- Giuliano L., La Rocca G. (2008), *L'analisi automatica e semi-automatica dei dati testuali*, LEL, Milano.
- Le Boterf G. (2004), *Costruire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'organisation, Paris.
- Marchesi G., Tagle L., Befani B. (2011), *Approcci alla valutazione degli effetti delle politiche di sviluppo*, n. 22, Collana Materiali Uval.
- McThige J., Ferrara S. (1996), "Performance-based assessment in the classroom: a planning framework", in Blum R.E., Arter J.A. (eds), *A Handbook for student performance assessment in an Era of Restructuring*, Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria.
- Milani P., Pegoraro E. (2011), *L'intervista nei contesti socio-educativi: una guida pratica*, Carocci, Roma.
- Nigris D. (2013), *Come osservare, ascoltare, leggere il mondo. Esercizi etnografici*, FrancoAngeli, Milano.
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, FrancoAngeli, Milano.
- Pellerey M. (2004), *Le competenze individuali e il Portfolio*, La Nuova Italia, Milano.
- Schön D.A. (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Edizioni Dedalo, Bari.

- Serbati A. (2014), *La terza missione dell'Università. Riconoscere apprendimenti esperienziali e certificare competenze degli adulti*, Pensa Multimedia, Lecce.
- Spradley J.P. (1979), *The ethnographic interview*, Wadsworth Publishing Company, Belmont, CA.
- Stake R. (1980), "Program Evaluation, Particularly Responsive Evaluation", Reprinted in Hamilton D. (ed), *Rethinking educational research*, Hodder and Stoughton, London.
- Vermersch P. (2005), *Descrivere il lavoro. Nuovi strumenti per la formazione e la ricerca: l'intervista di esplicitazione*, Carocci, Roma.
- Zini M.T. (2013), "Competenza", in Campanini A. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.





## *5. La protezione e tutela dei minori: una ricerca sulle pratiche di comunicazione tra scuola e servizi sociali nel territorio veneto*

di *Barbara Segatto e Eleonora Calzamatta*<sup>1</sup>

### **1. Il lavoro sociale per la protezione e la tutela dei minori**

La tutela dei diritti fondamentali del fanciullo, oltre ad essere teorizzata da Convenzioni internazionali come la Convenzione di New York del 1989 e la Convenzione europea di Strasburgo del 1996, è prevista nel nostro ordinamento dalla L. 149/01 che asserisce il «diritto fondamentale del bambino a crescere e a essere educato nella propria famiglia» e dalla L. 328/00 che afferma la necessità di garantire «gli interventi di sostegno ai minori in situazioni di disagio». In particolare, l'art. 22 della L. 328/00, al comma 4, individua le tipologie di prestazioni che devono essere garantite a tutte le fasce d'utenza e, quindi, anche ai minori: servizio sociale professionale e segretariato sociale, pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, strutture residenziali o semi-residenziali, centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario. Al comma 2 del medesimo articolo si chiede, inoltre, che siano garantiti specifici interventi a favore dei minori in situazioni di disagio «tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza» (Crestani, 2011, p. 141).

Il sistema di protezione e tutela dei minori in Italia si attiva a garanzia e difesa dei diritti dei bambini e degli adolescenti nel momento in cui i genitori, o chi ne svolge la funzione, non riescono a garantire sufficientemente tale protezione. Questo include la necessità di fornire trattamento e sostegno alla

---

<sup>1</sup> Questo capitolo è frutto di un lavoro condiviso tra le Autrici, tuttavia a Barbara Segatto vanno attribuiti i paragrafi e sottoparagrafi 1, 2, 5.1, 5.2 e 6 e a Eleonora Calzamatta i paragrafi e sottoparagrafi 3, 4 e 5.3.

famiglia stessa, garantendo così sia il rispetto del diritto del bambino ad essere protetto nel suo ambiente di vita, sia quello di crescere e di essere educato nella propria famiglia (art.1, L. 149/01).

La Regione Veneto<sup>2</sup> nell'ambito della tutela dei minori è da tempo impegnata nello sviluppo e nella valorizzazione di politiche volte alla promozione e al sostegno di azioni e progettualità sempre più finalizzate all'armonizzazione e al consolidamento di un efficace sistema di protezione e cura. Sono stati in particolare definiti e puntualizzati i compiti sulla presa in carico, la segnalazione e la vigilanza dei vari soggetti coinvolti nella protezione e nella tutela dei bambini attraverso l'emanazione delle Linee Guida Regionali (2005; 2008). Nello specifico le "Linee Guida 2005" hanno inteso individuare e definire i ruoli e le responsabilità dei diversi soggetti istituzionali coinvolti negli interventi di cura, protezione e tutela dei bambini e dei ragazzi per rafforzare la reciproca collaborazione e rendere più pronta e adeguata la loro azione. A seguire, le nuove "Linee Guida 2008", recepite le precedenti, hanno voluto creare un quadro di riferimento unitario, capace di garantire in tutto il territorio regionale alti livelli di prestazioni definendo i modi e le forme desiderabili di collaborazione e consulenza. Inoltre, portano al loro interno profonde innovazioni tra le quali spicca l'inclusione degli stessi minori (bambini/e, ragazzi/e) fra i soggetti/attori del percorso di cura, protezione e tutela.

In termini generali, applicabili a tutto il territorio nazionale, il percorso di presa in carico da parte dei Servizi Sociali competenti per la tutela dei bambini e dei ragazzi può avvenire sia in un contesto di beneficenza, quando c'è la collaborazione dei genitori, sia in contesto coatto, quando manca la collaborazione della famiglia ed è necessario il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria. In entrambi questi contesti la presa in carico si attua attraverso diverse

---

<sup>2</sup> A seguito all'emanazione della Legge Costituzionale n. 3/01, la competenza legislativa relativamente ai Servizi Sociali diviene una competenza esclusiva delle Regioni, in quanto materia non indicata come di competenza statale, se non rispetto alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lettera m). Lo Stato conserva, quindi, il diritto di promulgare leggi quadro da considerare punti di riferimento, finalizzati a garantire l'omogeneità delle prestazioni a livello nazionale. In particolare, la Legge 328/00 e il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali si configurano come strumenti unitari per la programmazione ma possono essere recepiti dalle Regioni secondo modalità variabili. Ogni Regione, nell'area della tutela dei diritti dei minori e delle famiglie ha, quindi, la possibilità di utilizzare come strumenti per la programmazione regionale il Piano di Zona, i piani settoriali derivanti dalla Legge 285/97 sulla protezione dei diritti e delle opportunità dei bambini e dai piani nazionali successivi e altri programmi locali di intervento a seconda delle necessità che si presentano nel territorio.

fasi, generalmente sequenziali, di cui la segnalazione (informazione ai Servizi Sociali competenti) rappresenta il momento iniziale e cruciale. È, infatti, solo attraverso la capacità delle persone (medici, pediatri, insegnanti ma anche vicini di casa o amici) che vivono accanto ai bambini e ai ragazzi di vedere, comprendere e, soprattutto, dare voce al loro malessere informando i Servizi Sociali deputati, che è possibile che si creino le premesse per rendere evidenti queste situazioni di disagio ed attivare la loro presa in carico da parte delle istituzioni deputate (Bertotti, 2012).

Nel contesto fin qui delineato si è ritenuto utile indagare l'opinione degli insegnanti rispetto al tema del maltrattamento e della segnalazione ai Servizi Sociali competenti, facendo riferimento ad uno specifico territorio, quello della Regione Veneto, che molto ha fatto per rendere più efficace il processo di tutela dei bambini e dei ragazzi.

## 2. Segnalazione (o informazione ai servizi)

La prima dimensione del percorso di protezione e tutela dei minori riguarda appunto la segnalazione di una possibile situazione di “rischio di pregiudizio” o di “pregiudizio”<sup>3</sup> in cui incorre un bambino o un adolescente (Segatto e Dal Ben, 2020).

In alcuni casi l'attivazione del servizio può avvenire autonomamente (questo avviene soprattutto quando il bambino è inserito in un contesto familiare problematico già segnalato e conosciuto ai servizi) ma il più delle

---

<sup>3</sup> La situazione di disagio che coinvolge il bambino e la sua famiglia è definita dalla legge attraverso l'utilizzo di due concetti specifici: quello di “rischio di pregiudizio” e quello di “pregiudizio”. In particolare, gli artt. 330 e ss. del Codice Civile segnalano come base per l'attuazione degli istituti della decadenza e dell'affievolimento della responsabilità genitoriale la presenza di un pregiudizio per il minore. Al tempo stesso, la L. 184/83, e successive modifiche, utilizza la nozione di “pregiudizio” come guida per le decisioni del Giudice Tutelare e del Tribunale per i Minorenni in materia di affidi e adozioni. Il “rischio di pregiudizio” e il “pregiudizio” possono, quindi, essere definiti come tutte quelle situazioni caratterizzate da «una condizione di particolare e grave disagio e disadattamento che può sfociare (rischio di pregiudizio) o è già sfociata (pregiudizio) in un danno effettivo alla salute psico-fisica del minore. Tale condizione, obiettiva e non transitoria, non assicura al bambino o al ragazzo i presupposti necessari per un idoneo sviluppo psico-evolutivo e un'ideale crescita fisica, affettiva, intellettuale e mentale. Possono costituire situazione di pregiudizio: la grave trascuratezza, lo stato di abbandono, il maltrattamento fisico, psicologico o sessuale, la grave e persistente conflittualità tra i coniugi. La protezione del minore viene chiamata in causa quando prevalgono i fattori di pericolo su quelli di sicurezza e da tale squilibrio può risultare compromessa la capacità della famiglia di superare le difficoltà» (Regione Veneto, 2008, p. 51).

volte l'informazione ai servizi è trasmessa da soggetti individuali (p.e. il minore stesso, un parente, un vicino di casa, pediatra) o collettivi (p.e. Scuola, Forze dell'Ordine, altro servizio del territorio) che ritengono indispensabile, oltre che legittimo, segnalare la presenza di una condizione di disagio in cui incorre il minore.

La segnalazione può avvenire attraverso l'accesso diretto ai servizi, il contatto telefonico o telematico, lettera scritta o attraverso una comunicazione "anonima" purché circostanziata. Nel caso di segnalazione avviata da istituzioni del territorio e altri servizi, l'informazione può giungere anche attraverso strumenti di collaborazione come le UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali) o in base ai protocolli operativi esistenti tra i singoli soggetti segnalanti.

A seguito della segnalazione avviene la *verifica della segnalazione (o stima dell'informazione)*, essa consiste nell'adozione da parte del servizio di comportamenti idonei al fine di valutare l'informazione acquisita e renderla utilizzabile secondo le procedure di protezione dei minori.

Il percorso di stima può avere diversi esiti:

1. la constatazione che la situazione rilevata non costituisce una condizione di rischio di pregiudizio o di pregiudizio (si procederà alla chiusura del fascicolo aperto a seguito della segnalazione);
2. l'avvio delle azioni di diagnosi, sostegno e cura nell'ambito della beneficenza e, dunque, con il consenso informato di chi ha responsabilità nei confronti del minore;
3. la segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni, qualora non si possa acquisire il consenso da parte degli esercenti la responsabilità per approfondire il caso e sussistano riscontri oggettivi sulla situazione segnalata di rischio di pregiudizio o di pregiudizio (Bertotti, 2012).

Nel caso in cui l'informazione comunicata presenti i caratteri di un reato è d'obbligo la denuncia all'Autorità giudiziaria o agli organismi di competenza.

### **3. Il ruolo della scuola nella protezione e nella tutela dei minori**

La segnalazione ai Servizi Sociali competenti (Servizio Tutela dei Minori) è dunque il primo passo per aiutare un bambino che vive una situazione di disagio o di rischio e va intesa come un momento di condivisione, aiuto e solidarietà nei confronti del minore. Proprio per questo motivo è importante che il rapporto tra Servizi Sociali e Scuola, in materia di prevenzione di si-

tuazioni di rischio e pregiudizio, sia improntato alla collaborazione e all'informazione reciproca e costante.

La scuola è infatti l'unico ambiente, dopo la famiglia, in cui tutti i bambini sono conosciuti, avvicinati, capiti. Gli insegnanti, in particolare, possono osservare i minori nella loro quotidianità ossia nei loro comportamenti più immediati e autentici. In questo contesto possono, pertanto, emergere, non solo le diversità individuali, ma anche le difficoltà e le sofferenze di cui a volte sono portatori. L'istituzione scolastica è dunque il luogo ottimale per prevenire o interrompere la violenza.

La segnalazione, oltre a rappresentare un impegno morale e civile, proprio per il ruolo rivestito dall'insegnante, è anche un obbligo prescritto dalla legge in quanto egli è, nello svolgimento delle proprie mansioni, un «incaricato di pubblico servizio» (art. 358 c. p.). L'obiettivo è quello di portare all'attenzione dei Servizi Tutela la situazione del bambino ma spetterà a questi ultimi, anche in collaborazione con le Autorità Giudiziarie, verificare le condizioni di vita del minore e prendere tutti i provvedimenti necessari per aiutarlo.

Nonostante il ruolo centrale ricoperto dalla scuola nella protezione dei minori, numerose ricerche (Pedrocco Biancardi, 2001; Webster *et al.*, 2007; Miragoli e Caravita, 2007) hanno messo in evidenza una serie di difficoltà che incidono negativamente nella possibilità di avviare percorsi di tutela.

In generale, si rilevano alcune carenze di comunicazione connesse alla difficoltà di individuare, nella rete dei servizi socio-assistenziali, una figura specifica oppure uno strumento condiviso (p.e. scheda di segnalazione), che funga da 'porta di accesso' per le istanze che provengono dalla scuola. Viene, pertanto, percepita da parte degli insegnanti la necessità di avere chiaro a chi e come rivolgersi sia per segnalare sia in relazione a situazioni avvertite come potenzialmente rischiose per il benessere di bambini e ragazzi, per le quali è sentito in modo forte il bisogno di confrontarsi con i professionisti dell'ambito sociosanitario. La mancanza, in alcuni casi, di 'porte' e 'chiavi' di accesso induce scuola e servizi a imputarsi reciprocamente scarsa trasparenza, ridondanza, frammentarietà.

Questo aspetto potrebbe essere aggiunto alle motivazioni manifeste alla mancata segnalazione da parte degli insegnanti ai Servizi Tutela descritte da Foti (2000), motivazioni che portano l'insegnante a ritenersi assolto dal proprio dovere di segnalazione:

1. incertezza e mancanza di informazioni ("Non so cosa fare, non so come comportarmi");
2. motivazione deontologica ("La segnalazione non è di mia competenza");

3. sfiducia nelle istituzioni (“Segnalare non serve. Visti i servizi sociali che ci sono... sicuramente non faranno niente”);
4. pericolo di reazioni violente (“Questa famiglia è pericolosa, meglio non intensificare i conflitti”);
5. mancanza di sostegno da parte dei colleghi e/o del dirigente scolastico (“Cosa dirà o come si comporterà il dirigente nel caso in cui non sia favorevole alla segnalazione”);
6. paura di creare alla famiglia ulteriori difficoltà (“Se segnalo c’è il rischio di rovinare una famiglia”);
7. paura di mettere in pericolo ulteriore il bambino, esponendolo a ulteriore violenza (“Se segnalo peggioro soltanto la sua situazione”).

Sono però le motivazioni latenti ad essere le più incidenti nella mancata segnalazione, tra queste vi sono da un lato l’insensibilità, la rimozione e la squalifica della sofferenza, e dall’altro la paura di una errata valutazione per scarsa fiducia nelle proprie percezioni, paura del conflitto e della sofferenza (Foti, 2000).

Per poter far sì che queste motivazioni non pregiudichino un possibile intervento a favore del minore è importante attivare la sensibilità e la capacità di ascolto degli insegnanti. È necessario, quindi, che le attività di sensibilizzazione e di formazione sulle tematiche dell’ascolto e della prevenzione del disagio non si esauriscano nella trasmissione di principi culturali, etici e giuridici ma che venga dato spazio anche alla possibilità di creare una consapevolezza emotiva e relazionale negli insegnanti e nei dirigenti scolastici (Foti *et al.*, 2004).

Un altro grande ostacolo nella comunicazione tra Scuola e Servizi è legato alle aspettative che questi due soggetti istituzionali hanno gli uni nei confronti degli altri: rimane critica, perciò, la questione di come sia possibile costruire conoscenze comuni ed elaborare linguaggi condivisi che permettano a Scuola e Servizi, nel rispetto delle differenze, di comprendersi nell’interesse preminente dei bambini e dei ragazzi. È necessario, perciò, costruire un linguaggio comune, trovare convergenze terminologiche e parole che risuonino familiari, poiché una comunicazione effettiva necessita innanzitutto di un linguaggio comprensibile a tutti.

### 3.1. “Buone Prassi per la comunicazione tra Scuola e Servizi Sociali”

L’importanza del ruolo della segnalazione e dell’instaurazione di una sinergia tra i Servizi preposti alla protezione e alla cura dei minori e la Scuola è stata recepita dalla Regione Veneto che tra il 2006 e il 2007 ha avviato un

progetto, promosso dall'Ufficio del Pubblico Tutore dei minori del Veneto, con la collaborazione della Direzione regionale per i servizi sociali, dell'Ufficio scolastico regionale per il Veneto e del Centro Interdipartimentale di ricerca e servizi sui diritti della persona e dei popoli dell'Università di Padova, con l'obiettivo di individuare alcune aree problematiche riguardanti la condizione degli alunni di Scuola dell'infanzia, Primaria e Secondaria di primo grado, e di interrogarsi su come migliorare la comunicazione tra Scuola e Servizi. Assunto di partenza era la necessità di formare, tra docenti e operatori dei Servizi Sociali, un linguaggio condiviso e una prospettiva di "piena e leale collaborazione" (Regione Veneto, 2008). Il percorso realizzato è culminato nella stesura di un documento, intitolato "*Orientamenti per la comunicazione tra scuola e servizi sociali e sociosanitari per la protezione e tutela dei diritti dei bambini e dei ragazzi nel contesto scolastico*", e rivolto agli insegnanti del Veneto che incontrano nella loro attività professionale bambini e ragazzi di età compresa tra i 3 e i 14 anni e ai professionisti extra-scolastici che si occupano di infanzia e adolescenza nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari del territorio al fine di aiutarli a fronteggiare le situazioni che si creano in presenza di un "disagio" che interessa un singolo bambino o ragazzo.

Aspetto innovativo del documento è il tentativo di favorire l'adozione di una logica di "co-costruzione" dell'intervento (Regione Veneto, 2008). Questi Orientamenti non puntano infatti al consolidamento di buone prassi già esistenti, ma si propongono come strumento per la diffusione e lo sviluppo delle stesse, specie nei contesti dove, per le ragioni più varie, si riscontrano difficoltà di rapporto tra scuola e sistema dei servizi. L'auspicio era pertanto che la diffusione di questo documento e la sua attuazione facilitasse, per esempio, la redazione di accordi interistituzionali (tra scuole e enti locali, settori dei servizi sociali e/ o sociosanitari, ecc.) a livello di Aziende Ulss o di Comuni, l'individuazione e formalizzazione di buone prassi amministrative o l'adozione di protocolli operativi aggiornati (Regione Veneto, 2008).

Suggerimento degli Orientamenti era l'adozione e l'utilizzo sistematico di strumenti tecnici finalizzati a favorire la comunicazione reciproca, quali la Scheda d'accesso tra scuola e servizi. Per scheda di accesso si intende un modulo, predisposto dal Servizio competente in quel territorio, che raccoglie i dati essenziali e sufficienti a descrivere il minore che presenta profili di rischio più o meno rilevanti, nonché i dati essenziali relativi alla natura del problema (meglio se raccolti attraverso una serie di indicatori forniti dal servizio stesso) rispetto al quale la scuola chiede l'avvio di un percorso comune di lavoro e/o una specifica consulenza. In generale, tale strumento non dovrebbe fornire una "diagnosi" della situazione, né una generica richiesta di

“consulenza” ma dovrebbe prevedere uno spazio per una descrizione dei fatti che evidenziano la necessità di discutere con gli operatori sociali la situazione che il bambino presenta.

## 4. La ricerca

### 4.1. Il contesto della ricerca

L’ambito territoriale di riferimento della ricerca è quello dell’Unità Locale Socio-Sanitaria n. 8<sup>4</sup> (Asolo, Castelfranco Veneto, Valdobbiadene, Montebelluna). Nel territorio afferente all’A. ULSS n. 8, i Comuni hanno deciso di stipulare con l’azienda in questione una delega di tutti gli interventi che riguardano la tutela dei minori. In particolare, ai sensi dell’art. 23 del D.P.R. 616/77 e dell’art. 130 della L.R. 11/01, tutti e 30 i Comuni del territorio dell’Azienda Ulss n. 8 hanno delegato alla stessa Azienda:

- le funzioni istruttorie, le competenze tecnico professionali di valutazione e di presa in carico in merito alla tutela sociale minorile, nonché gli oneri per l’accoglienza di minori privi di residenza in Italia e le loro madri;
- le funzioni di gestione amministrativa, ivi compresa la parte economica, relative agli interventi a favore dei minori in situazione di disagio e per l’inserimento presso famiglie e strutture tutelari.

In questo territorio è stata inoltre effettuata un’attività di sensibilizzazione degli operatori della rete dei servizi formali, del volontariato e del terzo settore sui temi riguardanti la cura, il sostegno e la tutela dell’infanzia e l’adolescenza. In particolare, sono state elaborate le modalità e le procedure per la collaborazione tra Scuola e Servizio Tutela, ponendo l’attenzione sui modi e sulle forme delle eventuali segnalazioni nonché sulla definizione delle modalità di approccio, di valutazione, di gestione e di collaborazione nelle situazioni di disagio minorile, arrivando a definire un modello di segnalazione (Modello T). Il Modello “T” nasce dal recepimento degli “Orientamenti” del 2008 e costituisce il punto d’incontro tra le aspettative del Servizio (Cosa mi aspetto che la scuola segnali?) e le aspettative della Scuola (Che fine fanno le segnalazioni fatte? Cosa succede dopo?). Si tratta di una richiesta di aiuto

---

<sup>4</sup> A seguito delle riorganizzazioni delle Aziende ULSS della Regione Veneto che le ha ridotte numericamente da 22 a 9, la azienda ULSS 8 è confluita insieme alle ex aziende ULSS 7 e 9 nella attuale Azienda ULSS 2 Trevigiana.



da parte della scuola (o talvolta anche della famiglia) che non determina automaticamente interventi coatti da parte dei Servizi ma comporta per lo più il fatto che questi ultimi vengano a conoscenza della situazione e possano attivare, se necessario, tutti gli interventi a tutela del minore.

#### 4.2. Obiettivi della ricerca

Obiettivo generale della ricerca è quello di indagare la percezione che gli insegnanti delle scuole afferenti al territorio di competenza dell'A. ULSS n. 8 hanno rispetto ai temi della tutela del minore, della comunicazione con i Servizi Sociali e della segnalazione al Servizio Tutela Minori.

Questo obiettivo generale è stato perseguito attraverso l'individuazione di alcuni obiettivi specifici:

- indagare la formazione e la conoscenza percepita rispetto ai concetti di rischio di pregiudizio e pregiudizio e alle problematiche dell'abuso sessuale, del disagio sociale, della grave trascuratezza e del maltrattamento (fisico e psicologico);
- indagare la conoscenza e la qualità percepita del Servizio Tutela Minori da parte degli insegnanti;
- investigare le motivazioni che spingono o meno a segnalare.

#### 4.3. Strumento

In considerazione degli aspetti di riservatezza del tema si è ritenuto più idoneo utilizzare uno strumento che consentisse un alto grado di anonimato, attraverso il quale gli insegnanti potessero sentirsi liberi di esprimere le proprie opinioni e le proprie sensazioni senza sentirsi in qualche modo giudicati. Tale strumento è stato identificato nel questionario. Si è proceduto dunque alla creazione di un questionario *ad hoc* partendo da una precedente versione utilizzata in una analoga ricerca realizzata, nell'anno 2012, nel territorio dell'alto vicentino (Zanatta, 2012).

Il questionario, nella sua forma definitiva, si compone di 30 domande, suddivise in tre parti tematiche, che utilizzano modalità di risposta diverse (aperte, chiuse con scelta multipla, chiuse con l'utilizzo di scale).

Nella prima parte vengono raccolte alcune informazioni socio anagrafiche, quali: età, genere, grado scolastico di insegnamento e anzianità di servizio.

La seconda parte intende indagare la conoscenza generale del tema della

tutela del minore attraverso domande specifiche riguardanti le nozioni di “rischio di pregiudizio” e “pregiudizio”, l’incontro delle tematiche dell’abuso sessuale, grave trascuratezza, disagio sociale e maltrattamento (fisico e psicologico) durante il percorso scolastico (p.e. *“Durante il suo percorso scolastico o in corsi di formazione successivi è capitato di incontrare i temi del maltrattamento e/o dell’abuso, nelle loro diverse forme?”*), nonché il livello di conoscenza percepito rispetto alle stesse (p.e. *“Quale ritiene sia il suo livello di conoscenza delle seguenti problematiche?”*). Si è ritenuto poi opportuno indagare la percezione e la conoscenza, sia diretta sia indiretta, del Servizio Tutela Minori e delle sue pratiche operative (p.e. *“Nell’ambito del Distretto Socio Sanitario dove Lei lavora, conosce il servizio Tutela Minori e nello specifico: la sua collocazione territoriale, le procedure d’intervento, il referente o alcuni operatori?”*; *“Ha mai avuto occasioni di confronto diretto col Servizio Tutela Minori? Se sì, di che tipo?”*).

La terza e ultima area intende invece investigare nello specifico la realtà della segnalazione attraverso la percezione della possibilità di individuare segnali di maltrattamento nel corso dello svolgimento della professione d’insegnante. Il questionario si concentra inoltre sulla possibilità di utilizzo, dal punto di vista materiale e temporale, della specifica scheda di accesso al Servizio (il cosiddetto Modello T), per poi terminare con due domande rispetto ai possibili spazi di coinvolgimento nel trattamento delle situazioni segnalate, lasciando in questo caso anche lo spazio per delle considerazioni personali (es. *“L’art. 9 della L. 184/83 prevede l’obbligo di segnalazione per i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio. Dal suo punto di vista, nell’ambito della sua professione è possibile avere gli elementi per una segnalazione riguardo alle problematiche in oggetto?”*; *“Nella sua esperienza professionale, Le è mai capitato di incontrare minori esposti a situazioni problematiche o appartenenti a famiglie multiproblematiche?”*; *“Che cosa ha fatto?”*; *“Se ha deciso di segnalare, ha potuto utilizzare un’apposita scheda di segnalazione?”*).

Si è scelto infine di chiudere il questionario con due domande aperte allo scopo di comprendere quali siano, secondo gli insegnanti, gli elementi fondamentali che li spingono a considerare indispensabile una segnalazione e a raccogliere osservazioni e richieste da rivolgere direttamente agli operatori del Servizio.

#### *4.4. Modalità di somministrazione del questionario*

Il coinvolgimento della popolazione degli insegnanti è avvenuto attraverso i Dirigenti Scolastici. Si è provveduto, nel mese di Novembre 2014, ad inviare una mail ai Dirigenti degli Istituti Scolastici, di tutti i gradi, presenti nel territorio di competenza dell’A. ULSS n. 8; la lettera presentava gli obiettivi e lo strumento di ricerca e chiedeva la collaborazione dei Dirigenti alla diffusione e raccolta del questionario tra gli insegnanti degli istituti che dirigevano. I questionari sono stati forniti sia in formato cartaceo sia in formato elettronico tramite e-mail. Non tutte le scuole hanno rispettato la scadenza iniziale ma attraverso alcune successive sollecitazioni è stato possibile raggiungere il numero di rispondenti auspicato.

#### *4.5. Campione di riferimento*

Dei 238 istituti scolastici contattati, 66 hanno accettato di partecipare alla ricerca (pari al 27,7%), per un totale di 342 insegnanti.

Il campione rilevato presso la popolazione degli insegnanti risulta così caratterizzato: l’88,2% è di sesso femminile e l’11,4% di sesso maschile. L’età media è di 46 anni con un minimo di 24 anni e un massimo di 72 e la professione di insegnante viene svolta in media da 20,16 anni, con un minimo di 0 anni e un massimo di 50 anni di esperienza lavorativa. Il 41% insegna nella scuola primaria, il 32,5% nella secondaria di primo grado e il 20% nella scuola dell’infanzia. Solo il 6% dei rispondenti è attualmente impiegato nella scuola secondaria di secondo grado.

## **5. Risultati**

### *5.1 Conoscenza percepita dei temi connessi al maltrattamento sui minori*

Rispetto alla conoscenza dei temi del “rischio di pregiudizio” e del “pregiudizio”, hanno risposto alla domanda 339 insegnanti su 342. Il 54% dei rispondenti dichiara di conoscere il significato di entrambe le espressioni mentre il 24% sostiene di non aver mai sentito utilizzare i due termini in esame. Il 20% conosce invece il solo concetto di “pregiudizio” e il 2% afferma di avere familiarità unicamente con il concetto di “rischio di pregiudizio”.

Il 56% dei rispondenti (139 soggetti) dichiara di essersi confrontato con

le tematiche relative al maltrattamento e/o abuso all'infanzia durante il proprio percorso scolastico (scuole superiori e università) e/o durante corsi di formazione successivi. La problematica più affrontata nel corso degli studi intrapresi è quella della grave trascuratezza (60%), seguita dal disagio sociale (37%) e dal maltrattamento psicologico (25%). Il maltrattamento fisico (17%) e l'abuso sessuale (12%) emergono invece come temi poco presenti nella formazione scolastica e successiva degli insegnanti.

Per quanto riguarda la conoscenza delle problematiche va chiarito che con "livello di conoscenza" ci si riferisce alla percezione, da parte degli insegnanti, della propria preparazione rispetto alle forme del maltrattamento. Confrontando le risposte a questa domanda con la precedente sulla formazione ricevuta, possiamo notare come il livello di conoscenza percepito appaia più alto della formazione ricevuta: il dato colpisce in particolare in riferimento ai temi del maltrattamento fisico (formazione 17%; conoscenza 58%) e dell'abuso sessuale (formazione 12%; conoscenza 49%), esito forse di approfondimenti personali o di una conoscenza acquisita attraverso l'esperienza.

Attraverso l'analisi della varianza ad una via, si è proceduto a confrontare le variabili "formazione ricevuta" e "conoscenza delle tematiche relative al maltrattamento e all'abuso all'infanzia" con il ciclo scolastico di insegnamento e l'anzianità di servizio.

*Tab. 1 – Confronto tra le medie della formazione e del livello di conoscenza sul maltrattamento per il grado scolastico in cui i rispondenti lavorano e l'anzianità di servizio*

|                       |                     | <i>Grado scolastico</i>      | <i>Media</i> | <i>F</i> | <i>Sign.</i> |
|-----------------------|---------------------|------------------------------|--------------|----------|--------------|
| Livello di conoscenza | Grave trascuratezza | Infanzia*                    | 3,11         | 4,044    | 0,008        |
|                       |                     | Primaria*                    | 3,26         |          |              |
|                       |                     | Secondaria di 1 grado*       | 3,58         |          |              |
|                       |                     | Secondaria di 2 grado        | 3,43         |          |              |
|                       |                     | <i>Anzianità di servizio</i> | <i>Media</i> | <i>F</i> | <i>Sign.</i> |
| Formazione            | Disagio sociale     | Da 0 a 10 anni               | 2,91         | 2,797    | 0,41         |
|                       |                     | Da 11 a 20 anni              | 2,89         |          |              |
|                       |                     | Da 21 a 30 anni              | 3,13         |          |              |
|                       |                     | Oltre i 31 anni*             | 3,51         |          |              |
| Livello di conoscenza | Disagio sociale     | Da 0 a 10 anni               | 3,02         | 3,645    | 0,013        |
|                       |                     | Da 11 a 20 anni              | 3,09         |          |              |
|                       |                     | Da 21 a 30 anni              | 3,32         |          |              |
|                       |                     | Oltre i 31 anni*             | 3,55         |          |              |

Per quanto riguarda il ciclo scolastico non emergono differenze significative in capo alla formazione mentre è emerso che gli insegnanti della Scuola Secondaria di I grado sentono di avere un livello di conoscenza maggiore

riguardo al tema della grave trascuratezza, in particolare rispetto agli insegnanti della scuola dell'infanzia e della scuola primaria (tab. 1).

Rispetto all'anzianità di servizio, è emerso come gli insegnanti professionalmente più anziani (oltre i 31 anni di attività professionale) si ritengano più preparati (maggiore formazione e maggior livello di conoscenza) sul tema del disagio sociale rispetto agli insegnanti più giovani (in particolare rispetto a quelli dagli 11 ai 20 anni di insegnamento) (tab. 1).

## *5.2. Conoscenza del Servizio di tutela minori*

Rispetto alla conoscenza del Servizio Tutela Minori, meno della metà del campione, pari al 41%, afferma di conoscerne la collocazione fisica e solo il 27% afferma di conoscerne le procedure d'intervento e/o un referente: il 24,3% degli insegnanti è venuto a conoscenza del Servizio Tutela Minori attraverso riunioni e aggiornamenti professionali e il 15% tramite contatti diretti con lo stesso; la Carta dei Servizi (6%) e il sito internet dell'Azienda ULSS (7%) sono i metodi di conoscenza meno diffusi. È stato successivamente chiesto agli insegnanti se avessero avuto occasioni di confronto diretto con il Servizio: solo in 58 (18%) hanno risposto in modo affermativo (dato corrispondente a coloro che riportavano la conoscenza del Servizio Tutela Minori).

Analizzando le motivazioni che hanno spinto gli insegnanti ad interfacciarsi con il Servizio possiamo notare come l'8% affermi di aver richiesto una consulenza e sempre un 8% avviato una segnalazione mentre il 6% di aver contattato il Servizio per una richiesta generale di informazioni.

Si è voluto poi indagare la soddisfazione percepita: il 67% afferma che le aspettative iniziali rispetto all'approccio con il Servizio sono state confermate e il 33% asserisce invece il contrario.

È stato chiesto, perciò, di esprimere una valutazione, in una scala da 1 a 5, rispetto a cinque dimensioni: organizzazione, competenza, disponibilità, efficienza (intendendo con questo termine i tempi di attesa per avere una risposta) ed efficacia (ossia la capacità del servizio di fornire risposte adeguate alle richieste). Come si può notare dalla tabella 2, i rispondenti si sentono mediamente soddisfatti per quanto riguarda l'organizzazione, la competenza e la disponibilità del Servizio mentre l'efficienza e l'efficacia si attestano ad un livello più basso.

Tab. 2 – In base alla sua esperienza può esprimere una valutazione del Servizio rispetto alle dimensioni sotto indicate?

| Scala          | Organizzazione | Competenza  | Disponibilità | Efficienza  | Efficacia   |
|----------------|----------------|-------------|---------------|-------------|-------------|
| 1 - per niente | 5,3            | 8,8         | 1,8           | 14,0        | 15,8        |
| 2              | 21,1           | 40,4        | 15,8          | <b>31,6</b> | <b>29,8</b> |
| 3              | <b>43,9</b>    | <b>43,9</b> | 35,1          | 28,1        | 28,1        |
| 4              | 26,3           | 7,0         | <b>42,1</b>   | 24,6        | 22,8        |
| 5 - molto      | 3,5            | 8,8         | 5,3           | 1,8         | 3,5         |

Attraverso una domanda sulle eventuali difficoltà incontrate nel relazionarsi con il Servizio Tutela Minori, si è compreso come la maggior parte dei rispondenti ha avuto difficoltà a causa di una scarsa conoscenza dei reciproci ruoli, responsabilità e competenze (non sapeva se fosse compito suo procedere alla segnalazione o se tale compito dovesse essere svolto da altri) e della modalità di contatto del servizio (non sapeva a chi rivolgersi).

### 5.3. La segnalazione

Attraverso la domanda “*Nell’ambito della sua professione è possibile avere gli elementi per una segnalazione riguardo alle seguenti problematiche?*” emerge come la grave trascuratezza e il disagio sociale risultano essere per gli insegnanti le problematiche maggiormente individuabili: in particolare il disagio sociale si distingue per essere la problematica più facilmente individuabile (57% dei rispondenti), seguito dalla grave trascuratezza (51%). L’abuso sessuale (10%) emerge nuovamente come l’ambito più difficilmente individuabile entro il contesto scolastico.

Si è poi proceduto ad individuare eventuali differenze nella percezione della propria capacità di rilevazione del maltrattamento sulla base del grado scolastico presso cui si svolge il proprio insegnamento e l’anzianità di servizio (tab. 3): emerge come gli insegnanti della secondaria di primo grado si sentano più capaci di rilevare la grave trascuratezza rispetto in particolare agli insegnanti della scuola dell’infanzia. Ancora gli insegnanti più giovani in termini di anzianità di servizio, così come avvenuto rispetto alla conoscenza percepita (tab. 1) si percepiscono più capaci di rilevare l’abuso sessuale.

Tab. 3 – Confronto tra le medie della possibilità di rilevazione del maltrattamento per il grado scolastico in cui i rispondenti lavorano e l'anzianità di servizio

|                        |                     | Grado scolastico       | Media | F     | Sign. |
|------------------------|---------------------|------------------------|-------|-------|-------|
| Possibilità di rilievo | Grave trascuratezza | Infanzia*              | 2,86  | 9,427 | 0,001 |
|                        |                     | Primaria               | 3,40  |       |       |
|                        |                     | Secondaria di 1 grado* | 3,68  |       |       |
|                        |                     | Secondaria di 2 grado  | 3,67  |       |       |
|                        |                     | Anzianità di servizio  | Media | F     | Sign. |
| Possibilità di rilievo | Abuso sessuale      | Da 0 a 10 anni*        | 2,45  | 2,721 | 0,045 |
|                        |                     | Da 11 a 20 anni        | 2,08  |       |       |
|                        |                     | Da 21 a 30 anni        | 2,19  |       |       |
|                        |                     | Oltre i 31 anni        | 2,05  |       |       |

Si è proceduto poi a indagare l'esperienza diretta degli insegnanti con i temi in oggetto. È stato chiesto loro, perciò, se avessero mai incontrato nel corso della loro carriera professionale dei minori esposti a situazioni problematiche o appartenenti a famiglie multiproblematiche. Il 67% ha risposto affermativamente, anche se di questi solo il 18% ha affermato di aver avuto un confronto con il Servizio. Questo dato risulta molto significativo perché evidenzia come a fronte della diffusione di tali problematiche ci sia una scarsa collaborazione e comunicazione con il Servizio Tutela Minori.

Tab. 4 – Frequenze percentuali per la domanda “Se ha incontrato situazioni multiproblematiche, che cosa ha fatto?”

| Cosa ha fatto?  | Frequenza | Percentuale valida |
|---|-----------|--------------------|
| Si è confrontato con qualcuno (es. colleghi, familiari) | 177       | 77,6               |
| Ha parlato con i genitori del bambino                   | 138       | 60,5               |
| Ha parlato con altri familiari o conoscenti del bambino | 15        | 6,6                |
| Ha parlato con i Servizi Sociali del Comune             | 96        | 42,1               |
| Ha parlato con il Servizio Tutela Minori                | 21        | 9,2                |
| Ha deciso di segnalare                                  | 53        | 23,2               |
| Ha ritenuto che non fosse necessario segnalare          | 22        | 9,6                |
| Altro   | 55        | 24,1               |

Nello specifico, gli insegnanti raccontano di aver incontrato soprattutto la grave trascuratezza (54%) e il disagio sociale (37%), seguite dal maltrattamento psicologico (14%) e fisico (12%). È stato quindi chiesto loro che cosa avessero fatto dopo aver rilevato le situazioni problematiche: la maggior

parte degli insegnanti, il 78%, ha risposto di essersi confrontato con colleghi, familiari, amici. Il 60,5% ha scelto di confrontarsi con i genitori del bambino. In 96 hanno deciso di procedere ad un confronto con i Servizi Sociali del Comune (42%) mentre solamente il 23% ha deciso di segnalare e in 21 si sono rivolti al Servizio Tutela Minori (tab. 4).

Si sono quindi indagate le motivazioni che hanno spinto gli insegnanti a decidere di segnalare o di non segnalare.

La decisione di non segnalare è soprattutto connessa alla mancanza di elementi sufficienti per procedere a una segnalazione (51 rispondenti), perché la situazione non era percepita come grave (31 rispondenti) o perché le informazioni raccolte erano rassicuranti (24 rispondenti). Il 3,2% (11) ritiene poi necessario non segnalare a causa del timore di incrinare i rapporti con la famiglia e il 2,6% (9) afferma di non aver proceduto poiché era stato dissuaso da altre persone con cui si era confrontato. Solo una persona, invece, afferma di non aver segnalato perché è stato dissuaso da genitori e/o parenti del minore che erano stati precedentemente coinvolti. Le altre motivazioni citate, a supporto della decisione di non segnalare, sono le seguenti: il caso era già stato segnalato (ben 21 insegnanti hanno indicato questa ragione), la segnalazione spetta al Dirigente, alla psicopedagogista, al collega preposto a ciò (5 rispondenti). In 3 hanno invece evidenziato la mancanza di conoscenza rispetto a come fare una segnalazione. Essi hanno infatti affermato che non sapevano cosa fare o non era chiaro il percorso da seguire e hanno sofferto di una mancanza di aiuto. 2 insegnanti hanno invece affermato che non sapevano se potesse segnalare e che tantomeno erano a conoscenza dell'esistenza di un Servizio Tutela Minori. Le restanti motivazioni fornite sono delle più varie: il caso è migliorato dopo l'incontro con i genitori e ciò ha portato alla risoluzione del problema, i parenti si sono fatti carico della situazione, il dirigente non ha ritenuto opportuno procedere a una segnalazione.

Coloro che hanno deciso di segnalare, invece, l'hanno fatto principalmente perché gli elementi raccolti erano degni di approfondimento (75 rispondenti, 22%), perché le informazioni raccolte erano preoccupanti (49 rispondenti, 14,3%) e/o perché la situazione era percepita come grave (38,11%). Anche la mancata consapevolezza da parte dei genitori e/o dei parenti del minore rispetto alla gravità della situazione sembra essere un elemento determinante nella decisione di procedere a una segnalazione (33 risposte). L'esplicita richiesta di aiuto da parte dei genitori e/o di parenti e gli elementi preoccupanti forniti da parte di terzi soggetti risultano essere delle motivazioni meno rilevanti. Infine, è stato chiesto se, qualora si fosse deciso di segnalare, si sarebbe utilizzata un'apposita scheda di segnalazione. Circa



la metà del campione, ossia il 46%, ha risposto negativamente, in 31 affermano di averne fatto un uso sporadico e solamente il 24% afferma di averla potuta utilizzare con costanza.

Al fine di indagare i tempi della segnalazione, è stato poi chiesto agli insegnanti quanto tempo fosse intercorso tra la rilevazione del problema e l'acquisizione di tutti gli elementi necessari per procedere a una segnalazione. La metà dei rispondenti dichiara di averci messo qualche mese, il 36% qualche settimana e il 7,6% più di un anno. Solo il 6,5% (ossia 6 rispondenti su 92) dichiara di averci messo qualche giorno.

Si è poi proceduto a chiedere se il Servizio Tutela Minori li avesse mai coinvolti, successivamente a una segnalazione, nella gestione della famiglia multiproblematica. Il 74,3% degli insegnanti ha risposto negativamente e solo il 25,7% ha partecipato alla gestione della situazione segnalata.

Al fine di analizzare l'idea che gli insegnanti hanno del loro ruolo nel contesto di un progetto d'intervento a favore di minori vittime di maltrattamenti, sono state poste due domande aperte, a cui dovevano rispondere a seconda della scelta fatta alla domanda *“Successivamente alla segnalazione, è mai stato coinvolto nella gestione della situazione di una famiglia multiproblematica da parte del Servizio Tutela Minori?”*. A chi aveva risposto positivamente è stato chiesto: *“Dal suo punto di vista, quale potrebbe essere la funzione dell'insegnante a seguito di una segnalazione al Servizio?”*. Dall'elaborazione dei dati è stato possibile raggruppare le 331 risposte in tre macro aree:

- insegnante come figura di collegamento tra Servizio e famiglia e come figura utile in un'ottica di collaborazione di rete tra Servizi;
- insegnante come figura di riferimento per la famiglia, al fine anche di renderla consapevole delle problematiche;
- insegnante come figura di riferimento per aiutare il bambino (solo 2 risposte).

A chi aveva invece risposto negativamente è stato chiesto se si aspettava un feedback o di essere in qualche modo coinvolto e perché. Anche in questo caso è stato possibile raggruppare le 309 risposte in alcune macro aree:

- feedback necessario per poter aiutare il minore;
- feedback utile per sapere come agire nel quotidiano;
- feedback utile in un'ottica futura;
- feedback utile per capire i motivi e le scelte del Servizio.

A differenza di quanto emerso per coloro che hanno deciso di segnalare, in questo caso l'interesse verso il benessere del minore risulta preminente.

Si è dunque ritenuto opportuno indagare quali fossero gli elementi considerati dagli insegnanti come fondamentali per procedere a una segnalazione.

Le risposte fornite sono state raggruppate in 6 macro aree:

1. gravità della situazione e conseguente certezza di pericolo per il minore (presenza di oggettivi, gravi e frequenti elementi a sostegno della situazione da segnalare);
2. presenza di comportamenti ambigui e/o di repentini cambiamenti nel comportamento del minore;
3. presenza di un visibile disagio nel bambino (crisi di pianto, difficoltà emotive, difficoltà di apprendimento e di relazione);
4. esplicite richieste di aiuto da parte del minore;
5. desiderio/Volontà di aiutare il minore e la sua famiglia;
6. difficoltà della famiglia nel prendersi cura del bambino.

Il questionario si concludeva con uno spazio lasciato agli insegnanti per fornire richieste e/o osservazioni: la maggior parte dei rispondenti è concorde rispetto alla necessità di corsi di aggiornamento sugli argomenti del questionario e suggerisce la costruzione di prassi collaborative stabili tra Scuola e Servizi. In questo senso risultano interessanti 3 considerazioni:

1. è evidenziata la necessità di supporto psicologico per aiutare gli insegnanti ad affrontare al meglio alcuni disagi, soprattutto quelli di tipo sociale;
2. emerge poi come alcuni insegnanti ritengano che le situazioni di rischio di pregiudizio e pregiudizio siano individuabili, a causa della loro delicatezza, solo da personale esperto (es. psicologi e assistenti sociali).
3. ancora gli insegnanti ritengono che il lavoro di sostegno ai minori con problematiche relazionali ed emotive dovrebbe essere gestito in collaborazione con i Servizi Sociali attraverso interventi a lungo termine che non li lascino soli davanti ai problemi dell'alunno e alle conseguenze di questi sulla classe.

Viene affermata, inoltre, la necessità di creare, all'interno dei contesti scolastici, momenti di formazione indirizzati ai bambini stessi nei quali poter spiegare loro come certe situazioni (es. alcolismo, maltrattamenti) siano gravi e necessitino di essere condivise con degli adulti significativi, quali appunto gli insegnanti. Formare i bambini su questi argomenti permetterebbe di creare un clima di fiducia reciproca affinché i minori si sentano a proprio agio nel raccontare eventuali situazioni di disagio che si ritrovano a vivere.

## 6. Conclusioni

La ricerca, realizzata nel territorio dell'A. ULSS n. 8, evidenzia una concezione a volte contraddittoria del ruolo della scuola e degli insegnanti nell'ambito della tutela del maltrattamento sui minori: se da un lato gli insegnanti ritengono di possedere la conoscenza e la capacità per rilevare le diverse forme di maltrattamento (in particolare la trascuratezza ed il disagio sociale ma non solo), non è altrettanto radicata in loro la volontà di segnalare ai servizi poiché solo il 18% degli intervistati che dichiarano di aver incontrato situazioni di rischio di pregiudizio hanno poi proceduto a contattare i servizi competenti allo scopo di permettere a questi di realizzare i dovuti approfondimenti. Emerge come gli insegnanti intervistati si sentano investiti da una grossa responsabilità quando ci si riferisce al benessere del minore e alla sua tutela e di conseguenza si avvicinano alla segnalazione con molta prudenza, aspettando che la situazione dimostri di essere veramente grave, o comunque dopo aver raccolto delle prove certe rispetto all'esistenza del problema. Questo atteggiamento, rilevato anche in altre ricerche di settore, può però incidere nel persistere del bambino in una condizione di sofferenza. A questo si aggiunge l'effetto della mancata conoscenza del Servizio Tutela Minori e delle sue procedure d'intervento: solo il 27% del nostro campione afferma di conoscere il servizio e tra coloro che hanno segnalato solo il 24% di utilizzare la scheda di segnalazione. Questo innesca il rischio di ricadere nei pregiudizi che, ancora oggi, si celano dietro alla parola "Servizi Sociali" (è nota a molti infatti la frase: "l'assistente sociale ruba i bambini") facendo maturare paure irrealistiche sulle modalità di intervento dei servizi.

In ultimo appare interessante la necessità di non relegare il ruolo degli insegnanti alla sola segnalazione, solo il 25,7% degli insegnanti che hanno segnalato sono stati informati e/o coinvolti successivamente alla loro segnalazione in merito alla situazione in corso. Dalle risposte degli intervistati emerge la necessità degli insegnanti di avere informazioni in merito al seguito della segnalazione soprattutto nell'ottica degli interventi di protezione che la scuola potrebbe continuare a svolgere. Gli insegnanti, infatti, immaginano di poter ricoprire un ruolo che non li veda solo come meri segnalanti ma come coloro che possono continuare a svolgere un compito nella protezione del minore segnalato sia mantenendo la connessione tra Servizi e famiglia, sia continuando a rappresentare un riferimento per la famiglia o per il minore.

La scuola spicca come un contesto competente per la rilevazione delle situazioni di maltrattamento, ciò che emerge come carenziale sembra, infatti,

non attenere all'area delle conoscenze o capacità di rilievo ma alla disponibilità a trasferire, attraverso la segnalazione, il compito di verifica e di sostegno ai Servizi Sociali competenti in tempi ristretti. Appare utile che i Servizi costruiscano canali comunicativi costanti nel tempo con le scuole del territorio anche attraverso momenti informativi e formativi diretti agli insegnanti e ai bambini e ragazzi, e soprattutto attraverso la costruzione di prassi che consentano di coinvolgere maggiormente la scuola anche nel percorso post segnalazione.

## Riferimenti bibliografici

- Bertotti T. (2012), *Bambini e famiglie in difficoltà*, Carocci, Roma.
- Crestani F. (2011), "I minori", in Codini E., Fossati A., Frego Luppi S.A. (a cura di), *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino.
- Foti C., Bosetto C., Farci S. (2004), *L'abuso all'infanzia. Linee guida per l'intervento nei casi di maltrattamento fisico, psicologico e sessuale ai danni dei bambini e degli adolescenti*, SIE, Torino.
- Foti C., Bosetto C., Maltese A. (2000), *Il maltrattamento invisibile. Scuola, famiglia, istituzioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Miragoli S., Caravita S. (2007), *La prevenzione dell'abuso e del maltrattamento all'infanzia all'interno del contesto scolastico: rilevazione e segnalazione*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 9(1), pp. 37-47.
- Payne B. (1991), *The principal's role in reporting child abuse*, «Here's How», 9(6), pp. 1-5.
- Pedrocco Biancardi M.T. (2001), *Gli insegnanti e la percezione del problema dell'abuso sessuale sui minori: i risultati di una ricerca regionale*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 3(3), pp. 85-112.
- Regione Veneto (2005), *Linee Guida 2005 per i servizi sociali e socio-sanitari. La presa in carico, la segnalazione e la vigilanza per la protezione e la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza nelle situazioni di rischio e pregiudizio in Veneto. Soggetti, competenze, percorsi*, [http://garantedirittipersonaminori.consiglioveneto.it/gestione/documenti/doc/LINEE\\_GUIDA\\_2005\\_web.pdf](http://garantedirittipersonaminori.consiglioveneto.it/gestione/documenti/doc/LINEE_GUIDA_2005_web.pdf).
- Regione Veneto (2008), *Linee Guida 2008 per i servizi sociali e socio-sanitari. La cura e la segnalazione. La responsabilità nella protezione e nella tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Veneto*, [http://garantedirittipersonaminori.consiglioveneto.it/gestione/documenti/doc/LG\\_AFFIDO\\_2008\\_web.pdf](http://garantedirittipersonaminori.consiglioveneto.it/gestione/documenti/doc/LG_AFFIDO_2008_web.pdf).
- Regione Veneto (2008), *Orientamenti per la comunicazione tra scuola e servizi sociali e sociosanitari per la protezione e la tutela dei diritti dei bambini e dei ragazzi nel contesto scolastico*, [http://garantedirittipersonaminori.consiglioveneto.it/gestione/documenti/doc/orientamenti\\_scuola\\_servsoc\\_web.pdf](http://garantedirittipersonaminori.consiglioveneto.it/gestione/documenti/doc/orientamenti_scuola_servsoc_web.pdf).
- Segatto B., Dal Ben A. (2020). *Decisioni Difficili. Bambini, Famiglie e Servizio Sociale*, FrancoAngeli, Milano
- Webster S.W., O'Toole R., O'Toole A., Lucal B. (2007), *Sovra-segnalazione e*

*sotto-segnalazione dell'abuso all'infanzia: l'utilizzo della discrezionalità professionale da parte degli insegnanti, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 9(1), pp. 11-36.*

Zanatta J. (2012), *La segnalazione precoce nella tutela minori. Indagine nel territorio dell'alto vicentino*, Tesi Magistrale non pubblicata in Scienze del Servizio Sociale.



## *6. Ascoltare i bisogni dei caregiver delle persone affette da demenza: una ricerca quali-quantitativa nel territorio veneto*

di *Barbara Segatto e Francesca Daniele*<sup>1</sup>

### **1. Introduzione**

La demenza in età senile è considerata un fenomeno di grande portata soprattutto per l'impatto che ha sul sistema socio-sanitario pubblico e su coloro che si occupano quotidianamente del malato.

Si tratta di una sindrome clinica che si caratterizza dalla perdita progressiva di alcune funzioni cognitive superiori (memoria, linguaggio, ragionamento, attenzione e pianificazione) tale da andare ad interferire con le abituali attività quotidiane e la normale vita di relazione. Nel momento in cui si manifestano i primi sintomi, la persona ha bisogno principalmente di supervisione e supporto in alcune attività; dopodiché, con l'aggravarsi della malattia, vi è una progressiva incapacità a provvedere a sé stessi fino a necessitare di un'assistenza continuativa.

Secondo lo studio ILSA<sup>2</sup> (Italian Longitudinal Study on Aging, Studio Longitudinale sull'invecchiamento in Italia) la prevalenza delle diverse forme di demenza è stimata intorno al 6% negli individui al di sopra dei sessantacinque anni, ed è destinata ad aumentare di quasi il doppio ogni cinque anni. L'Italia sarà tra le prime nazioni europee a dover affrontare l'"emergenza" connessa alla demenza, essendo il secondo paese, dopo la Germania, con il maggior numero di anziani: se osserviamo i dati relativi all'indice di

---

<sup>1</sup> Questo capitolo è frutto di un lavoro condiviso tra le Autrici, tuttavia a Barbara Segatto vanno attribuiti i paragrafi e sottoparagrafi 1, 3, 5.4 e 6 e a Francesca Daniele i paragrafi e sottoparagrafi 2, 4, 5.1, 5.2 e 5.3.

<sup>2</sup> Lo studio Longitudinale italiano sull'invecchiamento (ILSA) del Centro di ricerca nazionale, è il primo progetto italiano che offre alcuni dati epidemiologici rispetto al fenomeno della demenza in Italia. I risultati ottenuti sono raccolti a livello europeo da parte del gruppo EURODEM, che si occupa di fornire i risultati di tutte le ricerche sulla demenza provenienti dai Paesi dell'Unione Europea.

dipendenza strutturale degli anziani nel nostro Paese, vale a dire il rapporto tra popolazione in pensione (dai 65 anni) e popolazione in età lavorativa, nell'arco di tredici anni questo indice è passato dal 49,1% nell'anno 2002 al 55,1% nell'anno 2015. Per questi motivi si prevede che il numero di persone in grado di provvedere al mantenimento degli anziani sarà meno della metà nell'anno 2050 (Cristini *et al.*, 2005). Nella Regione Veneto si registrano circa 800.000 abitanti ultra sessantacinquenni, di cui 70.000 affetti da demenza. Si stima che vi sia una incidenza del 32% nei soggetti ultranovantenni, mentre rispetto alla fascia di età tra gli 85-89 anni, la malattia è presente nel 21,6% dei casi<sup>3</sup>. Predisporre adeguate soluzioni non è dunque solo necessario ma urgente.

Le normative fino ad ora emanate a livello nazionale e regionale a favore delle persone anziane non autosufficienti si sono orientate in particolar modo verso il mantenimento dell'anziano presso il suo domicilio. Nel territorio italiano, nel corso degli ultimi trent'anni, accanto alle strutture residenziali e semiresidenziali, sono quindi stati predisposti servizi e prestazioni monetarie a sostegno delle cure domiciliari. Inoltre, la crescente prevalenza di patologie dementigene ha reso necessario istituire un "Piano Nazionale per le demenze" e specifici servizi di diagnosi e cura della malattia. Pertanto seppur la disponibilità di alcuni servizi sia notevolmente aumentata è ancora la famiglia il principale fornitore di aiuto ed assistenza al malato.

Mantenere l'anziano presso il proprio domicilio prevede che entro le reti familiari venga individuata una figura che si assume il carico di cura prevalente, il *caregiver*; questo svolge sia una funzione di accudimento, sia un ruolo di mediazione tra l'interno e l'esterno della famiglia, attivando risorse ed aiuti provenienti dal mercato privato (badanti) o dalle istituzioni presenti nel territorio (Trevisi, 2008). Il compito di *caregiver* di persone affette da demenza richiede di sostenere una serie crescente di spese: quelle direttamente monetizzabili per l'acquisto di beni e di servizi, i costi indiretti in termini di tempo sottratto al lavoro produttivo da parte di chi si occupa della cura, e i costi intangibili che riguardano la sofferenza psicologica ed emotiva provata dal paziente e dai suoi familiari nell'affrontare ed accettare questa nuova condizione (Spadin e Vaccaro, 2007). Il rischio maggiore per il *caregiver* è che si senta sovraccaricato dalle crescenti responsabilità a tal punto da rischiare a sua volta di ammalarsi. È dunque necessario che i professionisti e le istituzioni individuino strategie e strumenti per occuparsi anche di questi soggetti, portatori di risorse ma anche di bisogni e di problemi.

---

<sup>3</sup> Le informazioni provengono dai documenti raccolti durante il Corso di Formazione sulle demenze, svolto tra Aprile e Maggio 2015 presso il Centro servizi Casa Madre Teresa di Calcutta.



Per tali motivi si ritenuto utile condurre una ricerca orientata ad analizzare il lavoro di cura offerto dai *caregiver*, esaminando nel dettaglio le difficoltà che queste persone affrontano nel quotidiano ed i livelli di stress che tale cura produce in loro. L'indagine, di stampo quali-quantitativo, si è svolta presso il Comune di Abano Terme (Pd), nel periodo marzo-luglio 2015.

## **2. Demenza, anziani e *caregiver***

### *2.1. Sintomatologia della demenza*

L'esordio della malattia si manifesta con i primi problemi di memoria. Si nota come l'anziano sia smemorato: tende a dimenticare sempre più spesso appuntamenti, nomi di cose o persone, oppure non ricorda dove ha riposto alcuni oggetti, ritrovandoli nei posti più improbabili. Nel corso degli anni la malattia compromette sempre di più le capacità di orientamento nello spazio e nel tempo. Dapprima la persona non ricorda più le date o si perde nei luoghi poco conosciuti, ma progressivamente arriva a non distinguere più le varie parti della giornata né l'ambiente in cui vive. L'anziano fatica inoltre a concentrarsi in una o più attività, non riesce più a prestare attenzione a una serie di compiti contemporaneamente o ad informazioni provenienti da più sorgenti. Nel tempo vi è una perdita anche delle capacità linguistiche, non riuscendo più a nominare oggetti o persone con le parole corrispondenti. I vocaboli utilizzati sono scarsi, e frequenti sono gli errori di pronuncia o grammaticali. Progressivamente i limiti si estendono alla scrittura e alla lettura, fino a non riuscire più ad esprimersi in modo efficace e a comprendere concetti complessi. Generalmente, con l'evolversi della malattia, l'anziano risulta essere sempre meno autonomo nello svolgere anche semplici azioni quotidiane, come vestirsi, lavarsi o mangiare. Si manifestano disturbi delle abilità prassiche, cioè le capacità di programmare ed eseguire movimenti precedentemente appresi (evidenti sono le difficoltà ad utilizzare oggetti di uso quotidiano, oppure a svolgere in sequenza ordinata i passaggi per la realizzazione di un'attività complessa). L'aprassia costringe chi svolge il lavoro di assistenza ad essere sempre presente per guidare la persona affetta da demenza ad eseguire anche i gesti più semplici (Gabelli e Gollin, 2006).

A questi sintomi, si uniscono alcune alterazioni dell'umore, del contenuto del pensiero o del comportamento che rientrano in un gruppo eterogeneo di sintomi psico-comportamentali definiti con l'acronimo BPSD, *Behavioral and Psychological Symptoms of dementia*. Seppur questi disturbi abbiano una

durata limitata nel tempo, sono le principali cause di stress grave per i familiari, poiché incidono notevolmente sulla qualità di vita dell'intero nucleo. Il progressivo deterioramento celebrale porta nel malato una perdita delle facoltà di comprensione della realtà, e di conseguenza la possibilità di regolare i propri comportamenti. Va perduta, quindi, la capacità di adeguarsi alla situazione in cui ci si trova, apparendo maggiormente disinibito, oppure dando eccessiva confidenza a persone sconosciute. L'anziano, inoltre, può reagire con agitazione o aggressività a situazioni considerate normalmente neutre: capita che non riconosca più la propria casa o le persone che gli sono accanto, per questo si spaventa e vuole scappare (Gabelli e Gollin, 2006). Aspetti della personalità non accettati e controllati possono divenire prevalenti, e quindi può aumentare l'ossessività in una persona libera, l'aggressività in una persona mite e la tenerezza in una persona dura. Coloro che hanno convissuto con il malato spesso riconoscono che tali caratteristiche erano già presenti, ma che la malattia le ha enormemente accentuate.

La persona malata può inoltre iniziare a compiere movimenti ripetitivi senza alcun motivo: si tratta di comportamenti motori afinalistici che il soggetto sente il bisogno di dover compiere, come ad esempio spostare oggetti o svestirsi e rivestirsi. Tale irrequietezza motoria può essere accompagnata dall'esigenza del malato di vagare senza un'apparente meta, si tratta in specie del cosiddetto fenomeno del *wondering* o vagabondaggio.

## 2.2. La cura della famiglia: i caregiver di anziani con demenza

Le famiglie di oggi sono sempre meno numerose e sono composte prevalentemente dalla coppia di coniugi o conviventi e da uno o due figli (Di Nicola, 2017). Gli anziani in età avanzata spesso vivono soli o in coppia, potendo contare principalmente sull'aiuto dei figli o dei nipoti che vivono nelle vicinanze. Pertanto, nel momento in cui si manifesta una patologia cronica tipo la demenza, il carico di cura è distribuito solo tra i pochi membri della famiglia, e difficilmente è possibile contare sull'aiuto di parenti come zii e cugini. La coesione e la solidarietà familiare è sempre più strettamente limitata alle persone del nucleo, perciò il lavoro di cura diventa più oneroso e richiede una maggiore fatica e organizzazione tra i membri.

Ci troviamo quindi in un contesto sociale in cui le risorse affettive e familiari a cui l'anziano affetto da demenza può rivolgersi sono numericamente ridotte ed inoltre l'assunzione del ruolo del *caregiver* è sempre più connotato da un carattere di volontarietà piuttosto che da un preciso obbligo familiare come avveniva in passato; ma è altresì importante ricordare che, a

seconda della storia familiare e alle risorse esterne ed interne della famiglia, ci sono diversi modi in cui le persone si trovano a gestire la situazione (Colozzi e Donati, 1995). In alcuni casi c'è il rischio che il *caregiver* si identifichi totalmente nel suo ruolo, facendo fatica a delegare anche i più semplici compiti agli altri; egli si sente insostituibile ed indispensabile, per cui sarà più reticente a chiedere aiuto all'esterno della famiglia. In altre famiglie i ruoli ricoperti dai singoli membri risultano essere maggiormente flessibili ed intercambiabili. La rete relazionale svolge quindi un compito importante, rendendo meno gravoso il carico di accudimento e di cura.

I *caregiver* che si occupano di anziani con demenza devono sostenere un notevole carico di lavoro (Heron, 2002) fin dai primi momenti di insorgenza della malattia. Le alterazioni mentali e comportamentali del malato hanno un impatto sia sul "carico oggettivo", relativo alle difficoltà pratiche nell'assistenza quotidiana, sia sul "carico soggettivo", riguardante l'impatto emotivo e psicologico della cura (Dogliotti *et al.*, 1999). Il ruolo del *caregiver* risulta quindi essere notevolmente complesso ed articolato. Un'assistenza prolungata può essere logorante per il *carer* che, oltre ad essere gravato da una serie di compiti, deve continuare a lavorare ed occuparsi della propria famiglia, perciò fatica a trovare momenti di pausa dalle proprie responsabilità. Può così rischiare di vivere in una condizione di stress che logora la persona sia sul piano fisico che mentale: si sente particolarmente stanca ed affaticata, oltre che apparire spesso molto preoccupata o in ansia. Chi si prende cura di un anziano con demenza può ritrovarsi a non avere più tempo libero per mantenere contatti sociali al di fuori della famiglia. Può, quindi, provare un senso di solitudine e di isolamento nel momento in cui non riesce più a confrontarsi e condividere insieme agli altri l'esperienza che sta vivendo.

Al fine di evitare questi esiti è necessario che il sistema socio-sanitario pubblico predisponga interventi di supporto e di cura rivolti non solo al malato ma all'intero contesto delle sue relazioni.

### **3. I servizi per gli anziani affetti da demenza e le loro famiglie**

Nel territorio italiano, gli anziani con una demenza e le loro famiglie possono usufruire di servizi di assistenza domiciliare, come il Servizio di Assistenza domiciliare (SAD) o l'Assistenza domiciliare integrata (ADI); possono anche accedere a strutture residenziali o semi residenziali, oltre che beneficiare di assegni di cura e dell'indennità di accompagnamento.

Il Ministero della Sanità, inoltre, con l'emanazione del Decreto Ministe-

riale del 20 Luglio 2000 *“Protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico della malattia di Alzheimer”*, ha dato avvio ad uno studio osservazionale multicentrico, denominato *Progetto Cronos*, con l’obiettivo di acquisire maggiori conoscenze rispetto alle caratteristiche della popolazione affetta da demenza. In questo contesto sono state istituite in tutto il territorio nazionale le “Unità di Valutazione per Alzheimer” (UVA), strutture specializzate alla diagnosi e alla cura della malattia (Gambina e Pasetti, 2008). Esse avrebbero dovuto configurarsi come delle unità funzionali, che, coordinandosi con il Medici di Medicina Generale e i servizi del territorio, sarebbero state capaci di effettuare una prima diagnosi e redigere un trattamento terapeutico. Dall’analisi svolta dall’Istituto Superiore della Sanità nell’anno 2005 (Sorrentino *et al.*, 2005), la rete di assistenza offerta dalle UVA è risultata però ancora molto frammentata, sia per la loro diversa distribuzione nel territorio, sia riguardo alle modalità di funzionamento. Vi è dunque l’esigenza di migliorare la capacità di intervento di queste strutture: soprattutto è indispensabile creare un sistema socio-assistenziale integrato, nel quale queste unità indirizzino i pazienti verso altri servizi presenti nel territorio.

I risultati ottenuti dalle analisi condotte in questi ultimi anni hanno incentivato il Governo ad emanare in Italia un primo “Piano Nazionale per le demenze”. Esso si configura come un importante atto tramite il quale perseguire l’obiettivo di rendere omogenei gli interventi in tutto il territorio nazionale: ogni singolo ente locale è chiamato ad implementare strategie ed azioni per la realizzazione di una rete integrata per le demenze, garantendo ai propri cittadini cure ed interventi appropriati volti al miglioramento della qualità di vita.

Se a livello Nazionale si è intervenuti con l’introduzione delle UVA e con l’emanazione del “Piano Nazionale per le demenze”, la Regione Veneto in questi ultimi anni si è attivata per la realizzazione di una rete di servizi clinico-assistenziali rivolti proprio alle persone affette da una qualche forma di demenza. Nello specifico, con la Delibera della Giunta Regionale del Veneto del 06 Novembre del 2007 *“Linee guida per il riassetto dei servizi sanitari e socio-assistenziali per le persone affette da decadimento cognitivo”*, sono stati introdotti i “Centri per Decadimento Cognitivo” (CDC). Essi sono strutture di servizio a disposizione delle singole Aziende Unità Socio-Sanitarie Locali, a cui sono attribuiti compiti generali come la diagnosi e verifica delle capacità di assistenza dei familiari, la predisposizione del trattamento farmacologico e la consulenza per altri servizi di cui il malato potrebbe occasionalmente servirsi. Queste unità funzionali specialistiche si vanno ad aggiungere ad altri istituti già presenti a livello regionale, realizzando la cosiddetta “Rete

dell'Alzheimer del Veneto". I cittadini si possono dunque rivolgere al Centro Regionale per lo studio e la cura dell'invecchiamento Cerebrale (CRIC), affidato all'Azienda Ospedaliera di Padova, che si occupa di attività diagnostiche oltre che offrire prestazioni ambulatoriali e di ricovero di tipo riabilitativo. Inoltre, in alcune strutture residenziali extraospedaliere sono state predisposte delle "Sezioni ad Alta Protezione Alzheimer (S.A.P.A.), che accolgono persone affette da una demenza di grado moderato, che si manifesta con disturbi comportamentali che richiedono interventi specialistici e mirati.

La Regione Veneto si presenta dunque come un territorio che ha cercato non solo di offrire supporto nella cura attraverso le strutture residenziali, semiresidenziali e le pratiche di sostegno alla domiciliarità ma si è anche spesa negli anni per predisporre un sistema di servizi finalizzati ad effettuare diagnosi approfondite, a cui i cittadini interessati possono rivolgersi per ottenere una prima consulenza o per attivare alcuni percorsi terapeutici o riabilitativi.

## **4. La ricerca**

### *4.1. Il territorio della ricerca*

Il territorio del Comune di Abano Terme, rientrando nella Azienda ULSS 16 (ora AULSS6 Euganea), ha potuto usufruire della riorganizzazione dei servizi dedicati alle persone affette da demenza come esito del Progetto "SOS DEMENZA". In quest'ottica sono stati istituiti tre "Centri di Decadimento Cognitivo", distribuiti in altrettante diverse zone della provincia di Padova gestiti da un "infermiere case manager", che si occupa di fornire una prima consulenza alle famiglie e di coordinare le attività dei singoli professionisti e dei servizi presenti nel territorio. È stata inoltre creata una piattaforma digitale, chiamata "portale di formazione sull'Alzheimer", alla quale i familiari possono accedere per ottenere tutte le informazioni di cui necessitano, o partecipare a forum dedicati. A seguito della Deliberazione della Giunta Regionale, del 15 Ottobre 2013, numero 1873, l'A.ULSS 16 si è attivata per istituire dei "Centri Sollievo" per i familiari di persone con una demenza in una fase iniziale. Il servizio, gratuito e facilmente accessibile, garantisce alle famiglie dei momenti in cui potersi alleggerire dagli impegni di cura quotidiani, attraverso l'accoglienza del paziente anche solo per alcune ore al giorno.

Si tratta dunque di un territorio che appare connotato da una buona presenza di servizi dedicati alle persone anziane affette da demenza rispetto al quale è

ancor più rilevante comprendere se quanto progettato riesca, o meno, a rispondere alle esigenze di sostegno non solo del soggetto anziano ma anche dei suoi *caregiver*.

#### 4.2 Obiettivi della ricerca

L'obiettivo principale di quest'indagine è quello di conoscere i reali bisogni dei *caregiver* che si occupano quotidianamente della cura all'anziano affetto da demenza entro lo specifico territorio appena descritto.

Tale obiettivo generale è stato indagato attraverso i seguenti obiettivi specifici:

1. conoscere la storia della malattia, come è stata ed è vissuta dal *caregiver*;
2. indagare quali aspetti della vita del *caregiver* sono stati modificati dalla malattia, con particolare attenzione alle proprie aspettative e alla presenza o meno di una rete formale o informale di aiuto;
3. infine, rilevare il grado di soddisfazione del *caregiver* riguardo i servizi offerti nel territorio.

#### 4.3 Strumenti della ricerca

Allo scopo di raggiungere gli obiettivi descritti si è predisposta un'indagine quali-quantitativa, attraverso due strumenti: un'intervista semi-strutturata creata ad hoc per la ricerca e il *Caregiver Burden Inventory*, una scala, validata in ambiente italiano, che misura il livello di stress dei *caregiver*.

L'intervista semi strutturata nella sua forma definitiva si compone di quattordici domande, suddivise in tre diverse sezioni, corrispondenti agli obiettivi specifici della ricerca: storia della malattia, storia del caregiving e opinione sul sistema dei servizi. Data l'ampiezza degli argomenti da trattare, le domande elaborate sono servite solo come traccia per la conduzione del colloquio. Infatti, molto spesso le persone, nel raccontare la propria esperienza, offrivano già le informazioni necessarie.

Al termine di ogni intervista è stato chiesto ai soggetti di compilare il *Caregiver Burden Inventory* (CBI)<sup>4</sup>: si tratta di uno strumento di rilevazione del livello di stress correlato alla cura del paziente demente da somministrare

---

<sup>4</sup> Validato nella versione italiana da Zanetti *et al.* (1999), *Contrasting results between caregiver's report and direct assessment of activities of daily living in patients affected by mild and very mild dementia: the contribution of the caregiver's personal characteristics*, «Journal American Geriatric Society», 47, pp. 196-202.

a chi assiste quotidianamente una persona affetta appunto da demenza. Lo strumento, ideato da Novak e Guest nel 1989, è stato validato per il contesto italiano nel 2005 da Marvardi e collaboratori (*Study Group on Brain Aging dell'Italian Society of Gerontology and Geriatrics*). L'CBI si compone di ventiquattro item suddivisi in cinque dimensioni:

1. carico oggettivo, indaga il tempo che il *caregiver* dedica alla cura;
2. carico evolutivo, misura quanto il *caregiver* si sarebbe aspettato di vivere diversamente questo momento della sua vita;
3. carico fisico, misura la percezione delle conseguenze del compito di *caregiver* sulla propria salute;
4. carico sociale, misura quanto il soggetto ritenga che la malattia abbia inciso negativamente sulle relazioni con gli altri familiari;
5. carico emotivo, misura i sentimenti provati nei confronti del malato.

I soggetti sono chiamati a valutare su una scala a 5 gradini (dove 0 corrisponde a “per nulla” e 4 corrisponde a “molto”) quanto ogni singola affermazione corrisponda alla loro situazione. La somma delle risposte fornite consente di misurare il carico assistenziale percepito dal *caregiver* che si occupa dell'anziano affetto da demenza.

#### 4.4. Soggetti della ricerca, contatto e somministrazione

Per avere un quadro complessivo rispetto al numero di anziani affetti da demenza residenti nel Comune di Abano Terme, ci si è serviti di quattro fonti principali: la lista degli utenti che usufruiscono del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), due registri in cui sono inseriti i nominativi dei beneficiari per l'anno 2014, della categoria B ed M<sup>5</sup> del contributo regionale “Impegnativa cura domiciliare”, e la raccolta delle schede S.V.A.M.A. compilate dall'assistente sociale a partire da Gennaio 2014 fino a Marzo 2015. È stato così possibile costruire una griglia contenente le informazioni relative alla condizione personale dell'utente (primo accesso, età, il motivo dell'accesso, stato civile, diagnosi, invalidità), al suo contesto di riferimento (rete primaria parentale, rete primaria amicale o di vicinato, *caregiver*), ed ai servizi e alle

---

<sup>5</sup> La Regione Veneto con il D.G.R.V. 1338 del 30 Luglio 2013 ha sostituito l'Assegno di Cura con un nuovo contributo chiamato “Impegnativa Cura Domiciliare” (ICD) strutturato in 5 categorie rispetto alle diverse tipologie di bisogno. Nello specifico gli utenti con demenza del servizio sociale comunale usufruiscono del contributo ICD di categoria B di 120.00 euro mensili, per persone con basso bisogno assistenziale; oppure della categoria M di 400,00 euro al mese, rivolta a chi soffre di un qualsiasi tipo di demenza con disturbi comportamentali o abbia maggiori bisogni assistenziali.

prestazioni utilizzate (contributi economici, servizi attivi, servizi usufruiti in passato e personale privato). Dalla griglia elaborata è emerso come gli anziani seguiti dal Servizio Sociale comunale affetti da demenza fossero 49. Dopo il lavoro di catalogazione, è stato effettuato un campionamento non probabilistico a scelta ragionata. Si è preferito coinvolgere i *caregiver* che avevano avuto contatti più frequenti con il servizio e che si immaginava potessero avere una maggiore apertura e disponibilità ad aderire al progetto.

Il campione selezionato è risultato composto da 23 *caregiver*, suddivisi in base alla fase di sviluppo della malattia dell'anziano di cui si occupano. Nello specifico vi sono solo 3 *caregiver* che assistono anziani nel primo stadio della malattia, i quali necessitano prevalentemente di supervisione e di qualche aiuto quotidiano, mentre la maggior parte dei familiari selezionati si occupano del proprio caro in una fase della malattia più conclamata (14 persone), nella quale si manifestano disturbi del comportamento e il carico di cura e di supervisione è molto più consistente. Infine, 6 *caregiver* che assistono un anziano nel terzo stadio della malattia, nel quale vi è un deterioramento di quasi tutte le funzioni intellettive e motorie e dove la persona è allettata o necessita di supporti per la mobilità.

Dei 23 selezionati, hanno aderito al progetto 19 *caregiver*. Le interviste sono state condotte prevalentemente presso la sede dei servizi sociali del Comune, dato che solo alcune persone hanno preferito fare l'intervista a domicilio. La maggior parte degli intervistati non ha accettato di essere registrato, perché tale modalità creava in loro imbarazzo. Quasi tutte le interviste hanno avuto una durata media di un'ora, anche se alcune hanno superato le due ore di conversazione. Alla fine di ogni incontro, come già spiegato, è stato somministrato il CBI che è stato compilato in autonomia o dettando le risposte all'intervistatore.

La maggioranza dei *carer* intervistati sono donne, coniugate con figli a carico, non conviventi con l'anziano, e in un'età compresa tra i 45 e i 64 anni: solo 4 intervistati sono uomini e solamente 5 hanno più di 65 anni. Non si rileva differenza numerica tra le persone che hanno dichiarato di vivere stabilmente con l'anziano (7 *caregiver* su 19) e chi invece risiede presso un altro domicilio (12 *caregiver* su 19). Inoltre, alcuni dei familiari non conviventi hanno raccontato di aver vissuto per un periodo di tempo con il proprio caro, trasferendosi presso il suo domicilio o ospitandolo a casa propria, ma di aver poi interrotto la convivenza ritenendo che questa soluzione non potesse essere perseguibile a lungo termine (sia per sé che per l'anziano di cui si occupano). Rispetto al tipo di occupazione e al titolo di studio posseduto, il campione selezionato risulta molto eterogeneo. Anche se in prevalenza i *caregiver* intervistati dichiarano di svolgere un lavoro dipendente e di possedere il



diploma di scuola secondaria superiore (8 persone), vi sono 5 pensionati, 4 lavoratori autonomi, 1 casalinga ed 1 disoccupato.

## **5. Risultati**

### *5.1. Storia della malattia*

Nella quasi totalità delle interviste (17 su 19) è emerso come i sintomi della demenza si siano manifestanti lentamente nel tempo, di conseguenza i familiari, pur essendosi accorti di alcune stranezze nell'anziano, inizialmente non ci avevano dato molta importanza. Il disturbo più comune risulta essere quello della perdita della memoria. A tal proposito i familiari raccontano che l'anziano si dimenticava di alcuni appuntamenti importanti o non ricordava più dove aveva riposto oggetti di valore.

Già da prima dimenticava alcune cose, ma un giorno mia figlia mi ha detto di non voler andare più a mangiare dalla nonna perché negli ultimi due giorni mia mamma si era completamente dimenticata che dovevano andare a mangiare da lei e non aveva preparato nulla, era impossibile! Non si sarebbe mai dimenticata delle ragazze!! (INT\_17\_ secondo stadio della malattia).

Accanto al disturbo della memoria, molti familiari hanno segnalato un drastico cambiamento delle abitudini e comportamenti, raccontano come l'anziano fosse diventato aggressivo o ansioso, o avesse iniziato a manifestare atteggiamenti di ritiro ed isolamento.

Mia mamma è sempre stata convinta di ciò che diceva e continuava a dire che lei aveva ragione, non era lei a perdere le cose ma era la gente che veniva a casa che gliele rubava (INT\_5\_ terzo stadio della malattia).

Quasi tutte le persone intervistate (13 su 19) intervistate spiegano di aver deciso di rivolgersi a dei professionisti per una diagnosi solo quando, in presenza di un evento critico, il problema si è reso evidente a tutti: per esempio nel momento in cui l'anziano ha manifestato gravi disturbi del comportamento ed allucinazioni, oppure quando le sue condizioni di salute si sono aggravate. 5 persone hanno dichiarato di essersi rivolte al medico di base, 2 intervistati hanno deciso per un ricovero, mentre gli altri familiari dicono di essersi rivolti ai centri specialistici per la diagnosi, senza però esplicitare se prima si fossero consultati con il proprio medico.

Il 68% degli intervistati dichiara che in breve tempo ha ottenuto una diagnosi definitiva, mentre il 32% (6 *caregiver* su 19) ha dovuto aspettare lungo tempo per capire di cosa realmente soffrisse l'anziano.

Alla domanda se è stato loro spiegato come si sarebbe evoluta la patologia e quanto fosse gravoso il carico di cura da dover sostenere, la maggioranza (14 intervistati su 19) ha dichiarato di aver ottenuto tutte le informazioni di cui necessitavano e quindi di aver compreso chiaramente di che malattia si trattasse. 5 persone hanno affermato invece di non aver ricevuto molte spiegazioni in merito, oppure di essersi informate per conto proprio consultando internet o parlando con alcuni conoscenti. Inoltre, 2 degli intervistati dichiarano che per loro è stato meglio non sapere, infatti se avessero conosciuto fin dall'inizio le reali conseguenze di questa malattia forse non avrebbero avuto la forza di affrontare tutte le difficoltà che si sono poi presentate, perciò è stato preferibile conoscere ed affrontare i problemi solo nel momento in cui si sono effettivamente presentati.

Al momento della diagnosi molti (8 su 19) hanno dichiarato di essersi sentiti particolarmente spaesati e tristi, altri (3 su 19) hanno provato rabbia e rancore, non solo verso l'anziano ma anche verso gli altri familiari colpevoli di non aver compreso pienamente la situazione, e di far fatica tuttora ad accettare la malattia. Altri (2 su 19) raccontano di aver provato un forte senso di colpa per non essere riusciti a capire prima che l'anziano soffrisse di una demenza. C'è chi (2 *caregiver* su 19) ha dichiarato di aver vissuto quel momento come un vero e proprio lutto, spiegando che l'anziano che conoscevano ora è completamente diverso. Mentre i restanti 4 intervistati non hanno espresso alcun sentimento al riguardo.

Io l'ho sempre vissuta male, non riesco a rassegnarmi che la malattia la facesse essere così, provavo molto rancore. È come vivere un lutto, la mia mamma non c'è più, si è sempre mia mamma ma la devo assistere ed accudire giorno per giorno (INT\_7\_ secondo stadio della malattia).

Non per tutti la diagnosi è stato un momento negativo: 3 persone, che per lungo tempo si sono dovute occupare dell'anziano senza sapere bene come comportarsi e come gestire alcuni disturbi, hanno dichiarato che per loro è stato un sollievo poter sapere con certezza di che malattia soffrisse il proprio caro.

Prima soffrivo di attacchi di panico, vivevo in uno stato di allarme costante, non sapevo cosa potesse succedere, ho cominciato a soffrire di problemi di pressione, pensavo che quando la misuravo la minima mi schizzava alle stelle.

Con la diagnosi gli attacchi di panico sono diminuiti, almeno c'era un documento ufficiale che attestava anche agli altri le mie preoccupazioni (INT\_5\_ terzo stadio della malattia).

Infine, alcuni familiari (6 su 19) hanno sottolineato di aver sofferto molto di più con l'aggravarsi della malattia quando il proprio caro ha iniziato a non riconoscerli, oppure quando era violento ed aggressivo anche nei loro confronti.

La maggior parte (17 intervistati su 19) si è organizzato per l'assistenza chiedendo aiuto agli altri membri della famiglia. Solamente 2 intervistati hanno dichiarato di essersi tempestivamente rivolti ad un'assistente familiare. All'incirca l'80% (14 intervistati su 19) nel corso del tempo ha comunque deciso di assumere personale privato. Nello specifico dichiarano di aver cercato inizialmente una persona che fosse presente anche solo per alcune ore (per sbrigare alcune faccende domestiche oppure durante i pasti), dopodiché hanno ritenuto fosse indispensabile assumere un'assistente familiare a tempo pieno. Ciò che è emerso dalle interviste è che 8 *caregiver* non hanno usufruito di alcun servizio del territorio, mentre 11 persone si sono attivate per fare richiesta di inserimento in struttura residenziale o semiresidenziale o del servizio di assistenza domiciliare.

Il 70% dei familiari intervistati racconta di sentirsi più tranquillo rispetto al passato, sono riusciti ad organizzarsi al meglio, grazie all'aiuto degli altri membri o alla presenza di un'assistente familiare. Il tempo trascorso è servito per conoscere ed accettare la malattia e soprattutto per imparare a relazionarsi correttamente con l'anziano, pur affermando di sentirsi particolarmente stanchi dopo tutti gli anni dedicati all'assistenza. Tuttavia, risulta rilevante sottolineare come per un 30% degli intervistati il carico di cura risulti particolarmente logorante.

## 5.2. Storia del caregiving

Il 68% degli intervistati ha dichiarato di essersi preso cura del proprio congiunto nel momento in cui alcuni disturbi si sono resi particolarmente evidenti: a tal proposito 10 persone hanno pensato che fosse necessario essere presenti anche solo per sorvegliarlo o aiutarlo nelle faccende quotidiane. Il 32%, invece, ha spiegato di aver deciso di dedicarsi all'assistenza dell'anziano in momento diverso dalla manifestazione evidente del bisogno.

Tutti dichiarano che, da quando il proprio caro è affetto da tale patologia, la loro vita è totalmente cambiata rispetto al passato. Raccontano come la

loro giornata sia scandita in base alle necessità dell'anziano, quindi potrebbero doversi occupare della spesa, accompagnarlo alle visite mediche, oppure stare insieme a lui nelle ore in cui l'assistente familiare è assente.

La mia vita è completamente cambiata ovviamente. Sono sempre da mia mamma tutta la settimana, vado ad alzarla tutte le mattine, la lavo, la vesto, poi nei giorni in cui va al centro diurno la accompagno (INT\_7\_ secondo stadio della malattia).

11 familiari hanno dichiarato di avere poco tempo libero a disposizione, anche se tuttora riescono a coltivare i loro interessi o a sentire e frequentare gli amici. Rispetto al passato escono meno assiduamente o hanno dovuto rinunciare ad alcune attività che li appassionavano, alcuni riferiscono di invitare spesso gli amici a casa in modo da potersi comunque prendere cura del proprio caro.

La mia vita è stravolta. Questa malattia distrugge la vita dei familiari sia economicamente che sentimentalmente. Io per stare dietro ai miei genitori ho rinunciato alla mia vita privata, ho perso molte amicizie perché quando finivo di lavorare dovevo sempre correre dai miei genitori, ho anche perso il lavoro per questo motivo (INT\_8\_ secondo stadio della malattia).

Dalle interviste emerge come tutti i *caregiver* possano contare sulla presenza di una rete informale di supporto, composta tuttavia quasi esclusivamente da altri componenti della famiglia (coniuge, fratelli e figli): solo 3 intervistati hanno raccontato che amici o vicini si sono resi disponibili a passare anche solo alcune ore fuori casa con l'anziano malato, mentre 6 persone hanno raccontato di ricevere un aiuto consistente dai loro parenti, che li sostituiscono quando loro sono assenti, oppure si occupano di alcuni compiti al loro posto, mentre 10 persone hanno raccontato che gli altri membri della famiglia offrono loro un aiuto sporadico.

Per il 70% dei *caregiver* la malattia non ha compromesso i rapporti con gli altri membri della famiglia, anche se 10 hanno dichiarato che, in alcune occasioni, sono emerse tensioni tra loro. 5 persone, invece, hanno raccontato di non avere buoni rapporti con gli altri membri della famiglia. Tra loro 2 persone dicono di aver provato rabbia e rancore nei confronti dei parenti che hanno poco collaborato nell'assistenza, mentre 3 spiegano di essersi spesso trovati in disaccordo tra loro rispetto ad alcune decisioni da prendere, come per esempio scegliere se inserire l'anziano in struttura residenziale. C'è una parità numerica tra coloro che hanno dichiarato di essere soddisfatti dell'aiuto ricevuto (9 persone) e chi invece, si sarebbe aspettato maggior

aiuto dagli altri (10 persone), come ad esempio fratelli, figli o nipoti.

La maggioranza dei *caregiver* (16 persone) si dice soddisfatta dell'attuale organizzazione. Rispetto a ciò che potrà accadere in futuro, per il 68% dei rispondenti la soluzione migliore è, ad oggi, quella di continuare a gestire l'anziano in casa propria, con l'aiuto di un'assistente familiare a tempo pieno. Il restante 32% afferma, invece, di aver pensato alla struttura residenziale come soluzione futura.

### *5.3. Opinione sul sistema dei servizi*

Solo 5 degli intervistati hanno dichiarato di essere pienamente soddisfatti rispetto ai servizi a cui si sono rivolti in passato e/o di cui tuttora usufruiscono. La restante parte degli intervistati non ha espresso la propria opinione.

Emerge tuttavia, in maniera significativa, da un lato, la necessità di essere maggiormente indirizzati fin dall'inizio rispetto le prestazioni di cui poter usufruire, dall'altro il bisogno di incrementare o rafforzare l'assistenza domiciliare, anche da un punto di vista prettamente sanitario.

Inoltre, per coloro che hanno pensato alla possibilità di inserire il familiare presso una struttura residenziale, si evidenziano le seguenti criticità: a. l'onere della spesa che risulta per alcuni troppo ingente rispetto alla capacità economica della persona malata; b. la rigidità nel sistema di accesso ed i tempi d'attesa molto lunghi che portano alcuni a temere che la risposta arrivi troppo tardi rispetto al bisogno; c. la lontananza dal luogo di residenza che fa temere alcuni di non poter mantenere la costanza dei rapporti con il proprio caro.

Tali criticità appaiono coerenti con le proposte formulate da diversi intervistati, tra queste la attivazione di strutture diurne che possano accogliere l'anziano, anche quando non completamente autosufficiente, per qualche ora del giorno. Il requisito più importante che viene richiesto da parte degli intervistati per tali strutture è quello della vicinanza fondamentale per permettere loro di gestire gli spostamenti in autonomia oppure per non divenire oneroso per l'anziano. Infine, 4 intervistati su 19, affermano che potrebbe essere per loro particolarmente utile, nei periodi più difficili, poter usufruire di uno spazio dedicato al sostegno psicologico.

#### 5.4. *Analisi quantitativa*

L'elaborazione delle risposte della scala CBI ha avuto lo scopo di misurare l'entità e la tipologia del carico assistenziale sostenuto dai *caregiver* intervistati, nonché il modo in cui alcune variabili indipendenti (durata della malattia, stadio della malattia, aspettative nei confronti degli altri familiari, tipologia di aiuto ricevuto) agiscono nel determinare o meno un aumento del carico stesso.

Osservando la dinamica di distribuzione delle medie e delle mediane nelle diverse dimensioni (sottoscale) che compongono la CBI, si evidenzia come il carico oggettivo (media: 16,20; mediana: 18) ed evolutivo (media: 12,79; mediana: 14) rappresentino le maggiori fonti di stress, a seguire il carico fisico (media: 8,26; mediana: 6), mentre il carico sociale (media: 5,05; mediana: 3) ed in particolare quello emotivo (medie: 4,32; mediana 2) risultano meno rilevanti. Sono quindi le dimensioni del tempo tolto alla propria routine per dedicarsi alla cura, della modificazione del proprio progetto di vita e preoccupazione per la propria salute che maggiormente incidono sul benessere dei *caregiver*. Il dato relativo alle scale sul carico sociale ed emotivo appare in parte discordante rispetto ai contenuti delle interviste; ciò potrebbe essere imputabile ad una minore affidabilità di queste due dimensioni, rilevata già in fase di validazione della scala nella versione italiana (Zanetti *et al.*, 1999). Inoltre, le affermazioni del questionario relative a queste sottoscale appaiono formulate in modo tale (p.e. “Desidererei poter fuggire da questa situazione”; “Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente”; “Provo del risentimento nei suoi confronti”) da aver creato nei rispondenti una reazione difensiva, provocando una sostanziale resistenza ad ammettere i propri sentimenti negativi e attivando risposte stereotipate e socialmente accettabili.

Si è poi indagata l'influenza di alcune variabili indipendenti ritenute rilevanti ai fini della ricerca quali: gli anni di malattia, l'aspettativa di aiuto dalle reti primarie, la tipologia di aiuto e lo stadio di sviluppo della malattia.

Lo stadio di sviluppo della malattia dell'anziano è l'unica variabile responsabile di generare differenze significative nei livelli di stress percepito all'interno campione indagato (tab. 1). Si rileva come il carico assistenziale più elevato venga sostenuto dai *caregiver* che assistono un anziano affetto da una demenza nel secondo stadio: osservando la tabella 1 si nota come i *caregiver* degli anziani affetti da demenza al secondo stadio mostrino punteggi superiori alla media per ciascuna dimensione; e risultano significativamente più stressati rispetto a coloro che assistono persone del primo e del

terzo stadio in relazione alle dimensioni di carico oggettivo, evolutivo e fisico. Nella quarta e quinta dimensione (carico sociale ed emotivo), pur riproponendosi dei punteggi medi più alti, non emergono differenze significative tra i *caregiver* in relazioni ai diversi stadi della malattia. Nella dimensione carico fisico stupisce il punteggio molto basso dei *caregiver* delle persone con demenza al terzo stadio che ci si aspettava avessero maturato effetti negativi sul loro stato di salute dopo aver svolto il compito di cura quotidianamente per molto tempo (a volte anche da 10 anni).

Tab. 1 – Confronto tra i punteggi medi nelle sottoscale del questionario CBI per la variabile stadio della malattia (Analisi della varianza ad una via)

| Carico    | Stadio malattia  | N  | Media   | F             | Sig.        |
|-----------|------------------|----|---------|---------------|-------------|
| oggettivo | Primo Stadio *   | 2  | 10,0000 | <b>4,502</b>  | <b>,028</b> |
|           | Secondo Stadio * | 13 | 17,6154 |               |             |
|           | Terzo Stadio     | 4  | 14,7500 |               |             |
|           | Totale           | 19 | 16,2105 |               |             |
| evolutivo | Primo Stadio     | 2  | 1,5000  | <b>32,965</b> | <b>,000</b> |
|           | Secondo Stadio*  | 13 | 16,6923 |               |             |
|           | Terzo Stadio     | 4  | 5,7500  |               |             |
|           | Totale           | 19 | 12,7895 |               |             |
| fisico    | Primo Stadio     | 2  | 2,0000  | <b>8,353</b>  | <b>,003</b> |
|           | Secondo Stadio*  | 13 | 10,9231 |               |             |
|           | Terzo Stadio     | 4  | 2,7500  |               |             |
|           | Totale           | 19 | 8,2632  |               |             |
| sociale   | Primo Stadio     | 2  | 2,0000  | 1,036         | n.s         |
|           | Secondo Stadio   | 13 | 6,0769  |               |             |
|           | Terzo Stadio     | 4  | 3,2500  |               |             |
|           | Totale           | 19 | 5,0526  |               |             |
| emotivo   | Primo Stadio     | 2  | 2,0000  | 1,623         | n.s.        |
|           | Secondo Stadio   | 13 | 5,7692  |               |             |
|           | Terzo Stadio     | 4  | ,7500   |               |             |
|           | Totale           | 19 | 4,3158  |               |             |

Non è quindi né l’impatto della scoperta della malattia e le sue prime manifestazioni, né il crescere della non autosufficienza dell’anziano che va ad incidere negativamente sul benessere percepito dal *caregiver* ma sembrano invece avere un impatto più rilevante i disturbi dell’umore e del comportamento che caratterizzano il secondo stadio dell’anziano demente e che spesso conducono il *caregiver* a modificare in modo più significativo la propria vita o a dover assumere decisioni rispetto alla delega della cura che risultano emotivamente complesse.

## 6. Conclusioni

Il tasso di invecchiamento della popolazione italiana ci fa prefigurare una crescita esponenziale della presenza di persone affette da demenza, una delle malattie più diffuse nella terza e quarta età. Seppur in questi anni la disponibilità di servizi per le persone affette da demenza sia notevolmente aumentata è ancora la famiglia a fornire aiuto ed assistenza al malato, ed in particolare una persona all'interno della cerchia familiare che per diverse ragioni, non caratterizzate per l'obbligatorietà, assume il ruolo di *caregiver*. Il compito di *caregiver* di un anziano affetto da demenza risulta essere particolarmente complesso ed il rischio maggiore è che si senta sovraccaricato dalle crescenti responsabilità a tal punto da rischiare a sua volta di ammalarsi.

La ricerca realizzata ha evidenziato come la fase dello sviluppo della malattia più stressante per il *caregiver* della persona affetta da demenza non coincida, come era ipotizzabile, con la fase di perdita totale delle capacità della persona malata ma, al contrario, si collochi nelle fasi iniziali della malattia (prima e soprattutto seconda), coincidendo quindi con l'emergere dei primi segni della malattia, ed in particolare con il consolidarsi di questi segni e l'evidenza della necessità di farsi carico da parte del *caregiver*.

Dagli esiti della ricerca emergono tre principali bisogni su cui appare rilevante costruire adeguate risposte in termini di servizi:

a. Si rileva innanzitutto un bisogno informativo e formativo rispetto alla malattia e alle modalità della cura, in particolar modo durante le prime fasi della malattia in cui i familiari non riescono comprendere cosa stia accadendo al proprio caro. Questa informazione permetterebbe ai *carer* di avere il tempo per elaborare nuove strategie per fronteggiare la nuova situazione.

b. Il secondo bisogno che emerge in maniera preponderante, è quello di sostegno emotivo. Si è potuto osservare dalle interviste come il sostegno psicologico sia più ricercato nella prima fase della malattia, ovvero quando si avverte il bisogno di elaborare quanto sta accadendo. Nella seconda fase invece, si avverte più la necessità di tempo per sé stessi, al fine di rigenerarsi esulando dai problemi legati alla malattia.

c. Infine, emerge la necessità dei *caregiver* di essere maggiormente aiutati nelle attività quotidiane di assistenza all'anziano attraverso un incremento dei servizi a domicilio e degli spazi che accolgano l'anziano, ubicati possibilmente vicino al luogo di residenza. La richiesta di servizi di supporto ed aiuto, soprattutto a domicilio, non si riferisce unicamente ai classici servizi di assistenza domiciliare ma al frequente ricorso ad assistenti familiari private (badanti) da parte di molte famiglie (l'80% degli intervistati ha dichiarato di aver assunto personale privato). Le famiglie di oggi però molto spesso



si affidano ad un'assistente privata tardivamente, solo nel momento in cui si accorgono di non riuscire più a fronteggiare la situazione in modo autonomo. Questo ritardo nella scelta può essere spiegato dalla difficoltà di prefigurarsi i bisogni di cura che arriveranno ma anche dalla difficoltà di reperire personale di fiducia e formato per rispondere ai bisogni di cura del proprio caro. L'assunzione di un'assistente familiare non deve rimanere un'esperienza individuale e solitaria delle famiglie ma può divenire un impegno del servizio sociale pubblico che, entro la propria funzione, può fornire «appoggi, riferimenti fatti di persone e aiuti concreti» (Pasquinelli e Rusmini, 2013): si potrebbe dunque valorizzare il lavoro privato di cura, ad esempio organizzando specifici corsi di formazione e di aggiornamento per chi già esercita questa professione.

Per concludere, è auspicabile che i risultati raggiunti, seppur provenienti da un campione non particolarmente esteso, possano rappresentare un punto di partenza per ulteriori studi ed approfondimenti: sarebbe interessante, ad esempio, cogliere i reali bisogni anche dei familiari che ancora non si sono rivolti al servizio sociale comunale, per giungere ad un intervento più mirato ed efficace, in un'ottica sia preventiva che di sostegno.

## Riferimenti bibliografici

- Colozzi I., Donati P. (a cura di) (1995), *Famiglia e cure di comunità. Il difficile intreccio fra pubblico, volontariato e reti informali nell'Italia di oggi*, FrancoAngeli, Milano.
- Cristini C., Rizzi R., Zago S. (2005), *La vecchiaia fra salute e malattia. Aspetti biologici, psicologici e sociali*, Pendagrone, Bologna.
- Dal Pra Ponticelli (2010), *Nuove prospettive per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Di Nicola P. (2017), *Famiglia sostantivo plurale. Nuovi orizzonti e vecchi problemi*, FrancoAngeli, Milano.
- Dogliotti M., Ferrario E., Landra P., Santanera F. (1999), *I malati di Alzheimer. Dalla custodia alla cura*, Utet, Roma.
- Gabelli C., Gollin D. (a cura di) (2006), *Stare vicino a un malato di Alzheimer. Dubbi, domande, possibili risposte*, Il Poligrafo, Padova.
- Gambina G., Pasetti C. (a cura di) (2008), *Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze. Dalla clinica alla bioetica*, Edizioni Libreria Cortina, Verona.
- Heron C. (2002), *Aiutare i carer. Il lavoro sociale con i familiari impegnati nell'assistenza*, Erickson, Trento.
- Istituto Nazionale di Statistica (2012), *15° censimento generale della popolazione e delle abitazioni. Struttura demografica della popolazione. Dati definitivi*, [www.istat.it/it/files/2012/12/volume\\_popolazione- legale\\_XV\\_censimento\\_popolazione.pdf](http://www.istat.it/it/files/2012/12/volume_popolazione- legale_XV_censimento_popolazione.pdf).

- Istituto Nazionale di Statistica (2015), *Rapporto annuale 2015. La situazione del Paese*, <http://www.istat.it/it/files/2015/05/Rapporto-Annuale-2015.pdf>.
- Marvardi M., Mattioli P., Spazzafumo L., Mastriforti R., Rinaldi P., Polidori M.C., Cherubini A., Quartesan R., Bartorelli L., Bonaiuto S., Cucinotta D., Di Iorio A., Gallucci M., Giordano M., Martorelli M., Masaraki G., Nieddu A., Pettenati C., Putzu P., Solfrizzi V., Tammaro A.E., Tomassini P.F., Vergani C., Senin U., Mecocci P., Study Group on Brain Aging, Italian Society of Gerontology and Geriatrics (2005), *The Caregiver Burden Inventory in evaluating the burden of caregivers of elderly demented patients: results from a multicenter study*, «Aging Clin Exp Res.», 17(1), pp. 46-53.
- Neve E., Berto I. (a cura di) (2007), *Anziani non autosufficienti: prendersi cura di chi si prende cura*, Fondazione Zancan, Padova.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (2013), *Badanti famiglie e servizi: uscire dalla nicchia*, «Animazione sociale», 274, pp. 27-33.
- Sorrentino G.C., Caffari B., Vanacore N., Maggini M., Raschetti R. (2005), *Le caratteristiche delle Unità di Valutazione per Alzheimer (UVA) in relazione all'uso degli strumenti neuropsicologici*, «Ann. Istituto Superiore Sanità», 41(1), pp. 63-68.
- Spadin P., Vaccaro C.M. (a cura di) (2007), *La vita riposta: i costi sociali ed economici della malattia di Alzheimer*, FrancoAngeli, Roma.
- Trevisi G. (2008), *La distribuzione del carico di cura. Un metodo per il lavoro sociale*, Liguori, Napoli.
- World Health Organization, Alzheimer's Disease International (2012), *Dementia. A public health priority*, WHO library Cataloguing, United Kingdom.
- Zanetti O., Geroldi C., Frisoni G.B., Bianchetti A., Trabucchi M. (1999), *Contrasting results between caregiver's report and direct assessment of activities of daily living in patients affected by mild and very mild dementia: the contribution of the caregiver's personal characteristics*, «Journal of the American Geriatric Society», 47, pp. 196-202.

## *7. Le risposte dei servizi ai bisogni delle famiglie adottive: l'accompagnamento nel post-adozione*

di *Anna Dal Ben*

### **1. Il contesto della ricerca**

La presenza di bambini adottati nelle famiglie è una realtà che ha assunto un'importante rilevanza nel panorama sociale italiano: si tratta di un fenomeno complesso e articolato, regolato da normative in continua evoluzione, differenti da Stato a Stato, gestito da soggetti istituzionali interconnessi, ma soprattutto incentrato, sul principio di tutela dell'infanzia e del minore. Dai dati raccolti dalla Commissione per le Adozioni Internazionali (CAI), risulta che dal 2000 al 2019, i minori per i quali è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso in Italia a scopo adottivo siano 52.383, con un andamento temporale che ha evidenziato una crescita costante dagli anni 2000 fino ad un massimo raggiunto nel 2010, con 4.130 minori, per poi decrescere fino al minimo raggiunto nel 2019 con 1.205 bambini adottati. Per quanto riguarda invece le adozioni nazionali, queste contano circa 1000 adozioni l'anno, come mostrano i dati più recenti del Ministero di Giustizia. Il calo delle adozioni internazionali che si è avvertito negli ultimi 7 anni può essere attribuito innanzitutto alle condizioni sociali e politiche dei Paesi di provenienza e non deve essere letto forzatamente come una diminuzione dell'interesse verso questa realtà da parte delle coppie: infatti, l'adesione e ratifica della Convenzione de L'Aja da parte di alcuni Paesi ha avuto come esito un incremento delle adozioni nazionali e di altri percorsi di sostegno per i minori fuori famiglia all'interno dei propri Paesi.

Nel 2019, il dato che emerge con nitidezza, è quello di un progressivo decremento delle procedure concluse così come del numero dei minori per cui è stata rilasciata l'autorizzazione all'ingresso a scopo adottivo, con un calo quasi della metà rispetto al 2015. Tuttavia, all'interno di questo trend si riscontrano significative differenze a seconda dei Paesi di provenienza dei

minori, con alcune realtà che hanno addirittura invertito positivamente la tendenza come, per esempio, la Colombia e il Perù (CAI, 2019). Anche le caratteristiche dei bambini sono mutate nel tempo: l'età media all'ingresso in famiglia è cresciuta nel corso degli anni, con un picco di 6,6 anni nel 2019, ma non solo, sono aumentate anche le cosiddette *special needs adoption* (60% del totale nel 2019), cioè le adozioni di bambini che necessitano di un maggiore supporto da parte delle famiglie, poiché presentano delle caratteristiche particolari, quali età avanzata del minore (7 anni e oltre), gruppo di 2 o più fratelli, presenza di problematiche sanitarie e/o handicap, gravi esperienze sfavorevoli che hanno dato luogo ad un funzionamento, psicologico e comportamentale, particolarmente problematico (Chistolini, 2010). «Questo dato, da un lato testimonia meglio di ogni altro la funzione sussidiaria dell'adozione internazionale, una valenza che l'istituto adottivo ha assunto nei fatti in modo sempre più marcato nel corso del tempo, dall'altro la centralità e l'importanza dei servizi territoriali nell'informare e supportare le famiglie adottive nel loro percorso» (CAI, 2019, p. 4).

Il progetto adottivo per realizzarsi, diventa necessariamente un progetto che comporta l'interazione tra più soggetti, superando la dimensione privata che “normalmente” caratterizza il passaggio alla genitorialità: coinvolge i coniugi, la famiglia allargata, la comunità in cui essi vivono, fino alle istituzioni pubbliche che, attraverso atti giudiziari e amministrativi, disciplinano e formalizzano la decisione della coppia. I genitori nell'adozione svolgono un compito che è a maggior ragione socialmente rilevante, cioè garantire ad un minore che ne è privo, un contesto di crescita adeguato.

Proprio per le trasformazioni che comporta, ma soprattutto per tutelare il superiore interesse del minore, l'adozione non può essere un accordo tra privati, ma deve essere necessariamente un istituto giuridico. In Italia, questo istituto è regolato dalla legge n.184 del 1983 e successive modifiche e dalla legge n.476 del 1998, in risposta al diritto del minore di crescere ed essere educato all'interno di una famiglia adeguata.

Da questo nasce anche la responsabilità che i servizi sociali e istituzionali hanno nell'accompagnare e sostenere le famiglie nelle diverse tappe del percorso adottivo. Occorre sottolineare che l'adozione deve sempre rimanere una soluzione residuale, poiché il primario obiettivo della tutela del minore deve essere quello di favorire la permanenza del bambino innanzitutto all'interno della propria famiglia di origine e, se questo non fosse possibile, comunque all'interno di un ambiente affettivamente ed educativamente idoneo nel proprio Paese. Solo nei casi in cui queste soluzioni non siano attuabili, l'adozione internazionale diventa uno strumento fondamentale per garantire il benessere dei minori.

All'interno di questo quadro, è divenuto sempre più necessario per i servizi socio-sanitari specialistici, ovvero le Equipe Adozioni territoriali e gli Enti Autorizzati (nei casi delle adozioni internazionali), affiancare al lavoro di preparazione delle coppie aspiranti l'adozione, un lavoro di accompagnamento e sostegno alle neo famiglie adottive. La Regione Veneto si colloca tra le eccellenze nazionali nel settore delle adozioni, in particolare per l'attenzione posta all'accompagnamento delle famiglie adottive: è infatti l'unica Regione a prevedere tre anni di accompagnamento post-adottivo da parte dei servizi Equipe Adozioni, nonché ad avere un protocollo operativo di collaborazione con alcuni degli Enti Autorizzati operanti nel territorio.

### *1.1. I bambini adottati e il recupero delle competenze fisiche e relazionali*

Quello che mostrano le ricerche nazionali ed internazionali in ambito adottivo, è la condizione di grave svantaggio in termini di sviluppo fisico, psicologico e socio-relazionale, da cui partono i minori in stato di adottabilità, soprattutto quelli che provengono da una collocazione istituzionale (Barbato, 2010; Van den Dries *et al.*, 2009; Gunnar e Kertes, 2005; Roy, Rutter e Pickles, 2004; Vorria *et al.*, 2003). Tuttavia, viene sottolineata l'importanza che il nuovo contesto familiare e sociale di riferimento può avere in termini protettivi, sia sugli esiti della relazione adottiva, sia sul benessere del bambino: condizioni familiari e ambientali favorevoli hanno infatti il potere di ridurre le conseguenze, non solo delle precoci esperienze negative, ma anche di fattori avversi di natura genetica o costituzionale (Barbato, 2010; van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg e Juffer, 2007). La meta-analisi condotta da van Ijzendoorn e Juffer (2006), sugli esiti di 201 ricerche che hanno coinvolto oltre 25.000 minori adottati, ha evidenziato come, nonostante la maggior parte dei bambini adottati presenti adeguati livelli di adattamento nel contesto, questi siano da considerarsi maggiormente a rischio in termini di problemi comportamentali esternalizzanti (aggressività, comportamenti oppositivi, impulsività, iperattività) e internalizzanti (depressione, ansia, ritiro emotivo) nonché di una riuscita scolastica inferiore rispetto ai coetanei (Rosnati, 2013). Non emergono significative differenze tra i minori in adozione nazionale e internazionale: questi ultimi, a differenza di quanto si potrebbe immaginare, mostrano relativamente meno difficoltà in termini comportamentali. Comparando invece i minori adottati con i pari che rimangono all'interno di realtà istituzionali (Palacios e Sanchez-Sandoval, 2005), i dati mostrano come i primi abbiano comportamenti decisamente più adeguati, con un migliore rendimento scolastico e un quoziente intellettivo superiore.

Seppur sia quindi riconosciuto l'effettivo svantaggio iniziale dei minori che giungono in adozione rispetto ai loro coetanei cresciuti in nuclei familiari integri, i dati empirici dimostrano come le differenze tra i due gruppi siano relative e, soprattutto, che le iniziali condizioni di svantaggio possono essere recuperate totalmente o in parte, a patto che siano presenti determinati fattori contestuali, capaci di prevenire, minimizzare e migliorare l'impatto delle esperienze negative di tipo biologico e sociale sulla crescita dei bambini (Brodzinsky e Palacios, 2011; van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg e Juffer, 2007; van Ijzendoorn e Juffer, 2005; Rutter, 2000). Palacios e colleghi (2010), in uno studio condotto su 289 minori adottati in Spagna e provenienti da sei diversi Paesi di origine, nello specifico Guatemala, Cina, Romania, Colombia, India e Federazione Russa, hanno evidenziato come dopo tre anni dall'adozione, i bambini mostrino un recupero sorprendente: complessivamente, il 52,5% del campione mostrava di aver raggiunto uno sviluppo normale rispetto al ritardo nello sviluppo fisico; il 62,3% dei bambini appariva nella norma rispetto allo sviluppo psicologico. Riguardo al tempo necessario ai bambini per recuperare, emerge come nelle varie aree, punteggi più alti di miglioramento si verificano all'interno dei primi due anni dall'adozione, calando poi tra il terzo e il quarto anno, in cui i progressi sono presenti ma in maniera moderata.

Gli studiosi oggi concordano sulla necessità di ridefinire le prassi adottive, investendo risorse nello sviluppo e nell'implementazione dei servizi adottivi, per poter intervenire prima che i problemi si cronicizzino, prevenendo l'insorgere di criticità future nei bambini. Pertanto, risulta ancora più fondamentale, l'impegno da parte dei servizi non solo nel formare e selezionare le coppie ma anche nel sostegno alle famiglie nel periodo del post-adozione. L'adozione mette in luce la plasticità nello sviluppo della prima infanzia e la flessibilità dei bambini adottati, dimostrando che l'essere umano, se aiutato a trovare le risorse giuste per mettere in atto un cambiamento, può recuperare le capacità che ha perso a causa di vissuti traumatici (Cozzolino, 2008): i ritardi sofferti possono essere in buona parte recuperati con l'aiuto della famiglia adottiva e l'accompagnamento da parte dei servizi.

## *1.2. L'accompagnamento di bambini e famiglie nel post-adozione in Veneto*

Il termine post-adozione è entrato nel gergo comune dei soggetti coinvolti nell'adozione sia tra gli operatori che tra i genitori, per indicare il periodo successivo all'ingresso del minore in famiglia, anche nell'adozione nazionale.

La legislazione distingue i compiti dei servizi sociali in due tipologie, cioè i compiti di vigilanza e i compiti di assistenza e sostegno; inoltre, la maggior parte dei Paesi stranieri prevede un monitoraggio da parte degli Enti Autorizzati sulla situazione del minore, attraverso l'invio di relazioni periodiche (alcuni Paesi richiedono aggiornamenti fino al compimento della maggiore età dei bambini). Le Equipe Adozioni sono incaricate dal Tribunale per i Minorenni di vigilare sull'andamento dell'adozione per un anno dall'ingresso del bambino in famiglia. Questa vigilanza assume una valenza diversa a seconda della situazione giuridica del minore: se l'adozione è già stata pronunciata all'estero, la vigilanza servirà a verificare che non ci sia una situazione di pregiudizio per il minore. Se invece il provvedimento estero è riconosciuto come affidamento preadottivo e quindi l'adozione deve ancora perfezionarsi in Italia, i servizi devono essere sentiti prima che si faccia luogo all'adozione e quindi la vigilanza e il compito di relazionare sull'andamento dell'inserimento al Tribunale, sono rivolti ad influenzare il contenuto di un provvedimento di adozione ancora da assumere; lo stesso avviene per l'adozione nazionale che si perfeziona solo dopo un anno di affido preadottivo.

Inizialmente, l'impegno e l'operatività dei servizi era prevalentemente rivolta alla preparazione della coppia nella fase pre-adoptiva, poiché l'idea di fondo era quella di garantire accesso all'adozione alle coppie che apparivano maggiormente idonee e ricche di risorse per farsi carico di minori deprivati. Successivamente, anche a seguito dei rilievi della ricerca di settore, le politiche sociali si sono spostate verso un'ottica di sostegno nel post-adozione nella consapevolezza che vi fosse anche per le coppie capaci e competenti la necessità di essere accompagnate nel farsi carico delle complessità di cui i bambini sono portatori.

Il sistema Veneto Adozioni si fonda su di un Protocollo Operativo (approvato per la prima volta nel 2004), che ha lo scopo di coordinare i soggetti che operano nella realtà dell'adozione; è pensato più specificatamente per le adozioni internazionali, in quanto favorisce la collaborazione tra i servizi pubblici, quali Equipe Adozioni e Tribunale per i Minorenni e servizi privati, cioè gli Enti Autorizzati che vi aderiscono. Vi sono poi delle Linee guida (le prime risalenti al 2004, le ultime al 2011), denominate "*Linee guida 2011. L'Adozione nazionale ed internazionale in Veneto. Cultura, orientamenti, responsabilità e buone pratiche per l'accompagnamento ed il sostegno dei procedimenti adottivi*" (D.G.R. n. 2497/2011), attraverso le quali la Regione esercita le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo attribuitele dalla legge in materia e favorisce l'armonizzazione delle prestazioni fornite e dei servizi offerti indistintamente su tutto il territorio regionale.

L'ultimo Protocollo Operativo, approvato con la DGR n. 2497 del 29 dicembre 2011 e rinnovato anche per l'annualità 2019-2020, indica i soggetti coinvolti nel procedimento adottivo, i ruoli e le competenze di ciascuno, nonché le attività precise che ogni componente deve svolgere durante l'iter adottivo, che viene suddiviso in quattro fasi: corsi di informazione e sensibilizzazione; indagine psicosociale della coppia su mandato del Tribunale per i Minorenni; accompagnamento post-decreto di idoneità fino all'ingresso in Italia del bambino (fase dell'attesa); post-adozione.

A fronte di quanto detto, l'obiettivo generale del sostegno post-adottivo, come sottolineano Chistolini e Raymond (2009), è quello di sostenere la famiglia adottiva favorendo la costruzione di buoni legami di attaccamento e di appartenenza che siano fonte di benessere per i suoi membri, in particolare per il bambino, e abbiano un effetto "ripartivo".

Lavorare al potenziamento delle risorse delle famiglie adottive, richiede un approccio diverso da quello che solitamente porta gli operatori a concentrarsi sulle componenti problematiche degli utenti. Interessarsi alle risorse piuttosto che alle difficoltà, significa per gli operatori assumere un ruolo attivo e preventivo che non viene attivato e guidato dalla domanda di aiuto. Il proporre percorsi di sostegno che non sono attivati da una richiesta specifica, né sostenuti da un mandato coattivo dell'Autorità Giudiziaria, richiede un particolare impegno a far crescere nei genitori adottivi la consapevolezza dell'utilità di essere accompagnati (Chistolini, 2008).

A questo proposito, nelle "*Linee Guida per l'Adozione*" della Regione Veneto, si sottolinea l'impegno di promuovere forme di collaborazione e strumenti sempre attuali e innovativi. Tra questi, viene menzionata la collaborazione con servizi medico-specialistici, neuropsichiatrici, pedagogici e educativi. Un forte accento è posto sull'implementazione delle reti delle coppie, tramite l'osservazione della famiglia allargata e dell'ambiente sociale di vita, nonché sulla promozione di gruppi per il sostegno della genitorialità adottiva e dei bambini adottati e sugli interventi di inclusione nell'ambiente scolastico e sociale.

## **2. Obiettivi e ipotesi di ricerca**

La ricerca ha avuto due principali obiettivi: in primis, conoscere le caratteristiche delle coppie e dei bambini adottati nella Regione Veneto e, in secondo luogo, comprendere come e se, nel periodo di post-adozione definito dal Protocollo Operativo, il sostegno dei servizi alla genitorialità influisce sull'andamento e sulla riuscita dell'adozione stessa, aiutando concretamente



i bambini a ripristinare e potenziare quelle capacità relazionali e cognitive, di cui spesso sono stati privati, a causa dei loro percorsi di abbandono.

Le principali ipotesi che la ricerca ha voluto verificare sono le seguenti:

1. la presenza di bisogni speciali nei bambini modifica lo scenario delle necessità di sostegno dei nuclei familiari;
2. il triennio di sostegno post-adoztivo si configura come uno strumento utile e necessario per l'accompagnamento della coppia genitoriale, ma soprattutto per il recupero fisico, relazionale e cognitivo dei minori adottati;
3. le famiglie adottive vedono i servizi come una risorsa utile alla quale affidarsi: la concezione valutativa legata al ruolo istituzionale che le Equipe Adozioni ricoprono, passa in secondo piano nella fase post-adoztiva, per dare spazio all'accompagnamento e al supporto;
4. la presenza di reti primarie e secondarie delle famiglie adottive garantisce una migliore capacità di inserimento nel tessuto sociale e ha una funzione di cura e sostegno per l'adozione.

### **3. Metodologia: strumenti e somministrazione**

Per studiare il percorso evolutivo delle famiglie adottive lungo i tre anni di post-adozione all'interno dei servizi, si è deciso di ricorrere ad un'analisi post hoc delle cartelle psico-sociali<sup>1</sup> presenti nelle Equipe Adozioni.

Come sottolineano Bartolomei e Passera (2005), nel lavoro con l'utenza, assistente sociale e psicologo si avvalgono della cartella per mettere in evidenza i dati che hanno permesso di formulare una valutazione della situazione dell'utente, di raccogliere la sua storia e di identificare gli obiettivi che intendono raggiungere insieme al soggetto. La cartella garantisce all'organizzazione di trattare i suoi contenuti informativi per risalire dall'informazione individuale all'informazione aggregata. Grazie a questa funzione della cartella sociale, è stato possibile raccogliere i dati necessari per la realizzazione della ricerca.

Per trattare le informazioni presenti nelle cartelle sociali composte prevalentemente da materiali scritti, è stato necessario trasformarle in una forma elaborabile statisticamente applicando metodi di codifica capaci di ridurre la

---

<sup>1</sup> Le cartelle psico-sociali sono il principale strumento informativo e gestionale usato nel servizio sociale, quindi la loro impostazione è necessariamente connessa al contesto organizzativo in cui esse vengono utilizzate e risentono delle specificità istituzionali ed operative che caratterizzano tale ambiente.

complessità in matrici di dati o “unità statistica per variabili”. L’individuazione delle variabili da ricercare nelle cartelle psico-sociali e la costruzione della matrice per la raccolta dei dati, è stata possibile grazie ad un confronto con gli operatori del servizio di Equipe Adozioni di Padova.

La matrice di dati ottenuta presenta sulle righe le unità statistiche (ogni riga corrisponde ad un bambino adottato) e sulle colonne le variabili da rilevare: complessivamente sono state indagate 77 variabili, suddivisibili in 5 macro aree: dati socio-anagrafici; aspetti sanitari; livelli di sviluppo del minore (affettivo e cognitivo); prestazioni erogate dai servizi; contesto sociale.

Costruita la matrice di dati, si è passati alla fase di rilevazione, avvenuta tramite la lettura delle cartelle psico-sociali: questo processo ha avuto la durata di circa 6 mesi. Per rilevare le variabili relative alle prestazioni erogate dai servizi, è stato utilizzato il “Sistema Informativo di rete regionale Adonet”, in cui gli operatori del Veneto registrano le prestazioni erogate per ciascun nucleo familiare, dalla fase di preadozione fino al post-adozione. I dati ottenuti nelle varie aree di indagine sono stati incrociati con diversi fattori, per comprendere quali aspetti influenzassero le diverse variabili.

#### **4. I soggetti**

Il campione analizzato comprende tutti i bambini adottati nei territori di Padova, Verona, Treviso e Vicenza, dal 1° gennaio 2005 al 31 giugno 2008. La scelta è caduta su questo arco temporale per due motivi: nel corso del biennio 2004-2005, con la stesura del Protocollo Operativo, i servizi territoriali hanno iniziato a seguire le famiglie adottive per il triennio successivo all’ingresso del minore in famiglia; in secondo luogo, si è scelto di analizzare i bambini adottati entro il 31 giugno 2008 per poter monitorare i tre anni di post-adozione che si concludevano il 30 giugno 2011. Questo periodo si identifica anche come il periodo più prolifico in termini di adozioni realizzate sia in Italia sia in Veneto, pertanto è parso significativo incentrarne l’analisi, così da cogliere una ampia variabilità di situazioni.

Il campione è costituito da 424 bambini, adottati da 359 famiglie. Il 20% dei bambini è giunto in famiglia attraverso l’adozione nazionale, mentre l’80% in adozione internazionale: questi ultimi sono arrivati da 26 Paesi differenti, di cui i principali sono la Federazione Russa (29,1%), l’Etiopia (13,4%), la Colombia (12,5%). I dati relativi ai Paesi di Provenienza sono in linea con i dati della Commissione per le Adozioni Internazionali nei medesimi anni, infatti, la Federazione Russa vanta il primato di maggiore Paese di

provenienza dei bambini adottati da coppie italiane. Seguono, a livello nazionale, la Colombia e il Brasile, mentre l'Etiopia si classifica al quarto posto, negli anni che vanno dal 2005 al 2008. Il 71% dei bambini è stato adottato da solo, mentre il 29% è stato adottato insieme ad almeno uno dei suoi fratelli: la percentuale di fratrie è superiore nelle adozioni internazionali (32%) rispetto alle adozioni nazionali (17,4%). È necessario sottolineare come quasi un quarto del campione (21,4%), ha lasciato almeno un fratello al momento dell'adozione: questo fenomeno è leggermente più alto nelle adozioni internazionali con il 22% dei bambini, rispetto al 20% delle adozioni nazionali. Rispetto al genere si evidenzia una leggera prevalenza di maschi (53,8%) sulle femmine (46,2%). L'età media dei bambini è di 4 anni e mezzo, con un range che va da un mese a 16 anni: emerge una differenza significativa tra l'età media dei bambini, in relazione alla tipologia di adozione, poiché è più bassa per le adozioni nazionali con un'età media di 3 anni e mezzo, mentre aumenta per le adozioni internazionali in cui è di 4 anni e 10 mesi.

Nel campione considerato, il 55,9% dei bambini presenta bisogni speciali. Il fenomeno dei bambini *special needs* è parimenti rilevante sia in adozione nazionale che in adozione internazionale. È emerso, inoltre, come nell'11% dei casi siano presenti esperienze pregresse di maltrattamenti e/o abuso: tale percentuale potrebbe essere superiore poiché nel 41% dei casi il tema non era affrontato in maniera esplicita all'interno delle cartelle, probabilmente a causa dell'assenza di informazioni dettagliate riguardanti la storia pregressa dei bambini.

Per quanto riguarda le coppie genitoriali, l'età media delle madri è di 45,7 anni, con un range che va da un minimo di 33 anni ad un massimo di 59 anni; l'età si alza per i padri arrivando a 47,4 anni, con un minimo di 35 anni ad un massimo di 63 anni. Le età dei coniugi sono più alte nelle adozioni internazionali (46 per le madri e 47,6 per i padri), rispetto al dato in adozione nazionale (44,8 per le madri e 46,7 per i padri). L'età del bambino varia significativamente con il variare dell'età della madre, infatti all'aumentare dell'età della madre aumenta anche l'età del bambino. Il livello di istruzione delle coppie è medio-alto: le madri presentano un livello di scolarità superiore rispetto a quello dei padri (il 36,1% di laureate, rispetto al 33,4% dei padri), in linea con gli andamenti nazionali. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, nelle madri prevale la professione di impiegata (32,5%), seguita però da ruoli professionali di alto profilo (14,5%) e, infine, dalle professioni legate all'istruzione (insegnanti ed educatrici). Da questa analisi emerge come la figura femminile occupi posizioni di maggiore rilievo all'interno del mondo del lavoro e che, anche la scelta di fare carriera, sia più presente nelle

donne che adottano: solo l'8,6% del campione è casalinga. Questo maggiore investimento nel mondo del lavoro, è sicuramente una tra le cause che portano le coppie a posticipare il progetto genitoriale in età sempre più avanzata. I padri ricoprono ruoli di alto profilo in percentuale maggiore rispetto alle madri (28,5% contro il 16,4%), sebbene il livello di scolarità sia inferiore. In misura uguale, gli uomini ricoprono ruoli nell'attività impiegatizia e ruoli dirigenziali. Altre professioni rappresentate sono gli artigiani/commercianti e gli operai.

La maggior parte delle coppie (83%), al momento dell'adozione considerata, non ha figli biologici: questo porta a dedurre che la motivazione che spinge all'adozione sia legata a diagnosi di sterilità e infertilità. Il restante 17% delle coppie, ha in misura uguale, figli biologici e figli adottivi. Nei tre anni successivi l'adozione considerata, solo il 4% delle famiglie ha una nuova genitorialità: 10 famiglie realizzano una seconda adozione, mentre per 7 famiglie hanno visto la nascita di un figlio biologico. Le famiglie che realizzano una seconda adozione, avevano adottato in adozione internazionale precedentemente.

Per quanto riguarda le adozioni internazionali, le coppie si sono rivolte a 41 Enti differenti, di cui la maggior parte firmatari del Protocollo Regionale, quindi, in stretta collaborazione con la Regione e con i servizi territoriali per le adozioni.

## **5. Risultati**

### *5.1. Evoluzione della situazione sanitaria e dello sviluppo affettivo dei minori*

Allo scopo di comprendere l'evoluzione della salute psicofisica dei minori, nonché lo sviluppo delle loro competenze relazionali, è stata analizzata la situazione sanitaria e il grado di sviluppo psico-affettivo dei bambini in due momenti differenti del post-adozione: nel momento di ingresso di questi nelle nuove famiglie e dopo tre anni, cioè al termine del periodo di accompagnamento post-adottivo previsto dalla Regione Veneto, ma soprattutto nel momento in cui, secondo la letteratura internazionale, dovrebbe essersi concluso il loro percorso di recupero.

La situazione sanitaria è stata valutata con la seguente scala: assenza di patologie; lievi patologie (patologie lievi e facilmente risolvibili); gravi patologie (patologie complesse, anche invalidanti e non sempre risolvibili).

Dall'analisi emerge che il 63,9% dei minori non presentava patologie al momento dell'ingresso in famiglia, mentre il restante 36,1% non aveva una

situazione sanitaria buona: il 15,1% presentava patologie lievi, mentre il 21% presentava patologie gravi. In merito ai Paesi di Origine, i bambini provenienti da Polonia (50% sul totale dei bambini polacchi), Cile (43,8% sul totale dei bambini cileni), Colombia (18,2% sul totale dei bambini colombiani), Cambogia (18,2% sul totale dei bambini cambogiani) e Federazione Russa (16,7% sul totale dei bambini russi) sono quelli che presentano le percentuali maggiori di patologie gravi. Il 13,2% dei bambini in adozione nazionale presenta patologie gravi. Le patologie lievi più ricorrenti sono parassitosi, lieve denutrizione, asma, piccoli problemi all'udito e alla vista; mentre, alcune delle patologie gravi sono epatite B, labiopalatoschisi, rachitismo, patologie cardiache e vari gradi di ritardo nello sviluppo. Due bambini presentavano la Sindrome di Down. Incrociando questo dato con l'età dei bambini, emerge che la fascia dei bambini di 2 anni sia quella dove si collocano in misura superiore situazioni sanitarie non buone, tuttavia le patologie gravi riguardano prevalentemente i bambini di 7 anni. Dopo tre anni di ingresso in famiglia la situazione sanitaria risulta migliorata, infatti solo per il 10% dei casi, sono ancora presenti delle patologie, di cui il 3,3% è definito grave (si tratta di patologie croniche o non curabili già presenti al momento dell'adozione).

A causa della presenza di patologie e bisogni specifici, le famiglie adottive sempre più spesso si rivolgono a servizi specialistici per supportare lo sviluppo dei figli. Tuttavia, trattandosi per la maggior parte di servizi privati, spesso questo dato non è a disposizione delle Equipe Adozioni. Il dato non è stato reperibile nel 35% dei casi, mentre per i casi restanti, le prestazioni segnalate sono così suddivise: l'8,2% dei minori è stato sottoposto a terapie mediche, il 5,6% ha seguito percorsi di logopedia, il 4,8% ha svolto percorsi di psicoterapia, il 4,1% percorsi di psicomotricità, il 3,8% è stato sottoposto a terapia motoria e solo l'1,7% dei bambini ha subito degli interventi chirurgici.

In relazione allo sviluppo psico-affettivo sono stati considerati significativi i riferimenti presenti nelle cartelle sociali all'attaccamento ai genitori, alle relazioni con i pari e alle relazioni con altre figure adulte. Lo sviluppo psico-affettivo è stato analizzato con la seguente scala: non adeguato (il minore non ha sviluppato le necessarie capacità relazionali in relazione alla sua età anagrafica); buono (il minore presenta delle competenze relazionali, ma non sono ancora completamente adeguate alla sua età anagrafica); adeguato (il grado dello sviluppo viene definito adeguato in relazione alla sua età anagrafica). Dai dati è emerso come la situazione psico-affettiva dei minori al momento dell'ingresso in famiglia fosse sostanzialmente buona per quasi la metà dei bambini (44,6%), risultava adeguata per il 42,3%, mentre il restante 13,1% del campione era stato segnalato per una situazione non è adeguata.

Relativamente ai Paesi di provenienza, i bambini che presentano un grado di sviluppo non adeguato, provengono prevalentemente da: Brasile (35% sul totale dei bambini brasiliani), Polonia (25% sul totale dei bambini polacchi), Ucraina (20% sul totale dei bambini ucraini) e Vietnam (14,3% sul totale dei bambini vietnamiti). L'11,8% dei bambini in adozione nazionale presenta un grado di sviluppo psico-affettivo non adeguato. Incrociando il dato con l'età dei bambini, si evidenzia come i bambini più grandi siano quelli che presentano le modalità relazionali meno adeguate (8 anni: 25%; dai 9 anni in su: 23%), mentre i bambini di 2 e 3 anni mostrano maggiori competenze. A conclusione del periodo di post-adozione, anche in questo ambito si verificano dei miglioramenti significativi, in quanto lo sviluppo psico-affettivo diventa adeguato per il 76,8% dei minori, è buono per il 20,1% e non è adeguato solo per il 3,1%.

Complessivamente i tre anni successivi all'ingresso dei bambini in famiglia si connotano come un periodo di miglioramento significativo per quanto riguarda la salute e il benessere relazionale dei bambini che, grazie alla permanenza in famiglia, riescono a sanare gli aspetti di deprivazione derivanti dalla loro storia passata.

## 5.2. Le prestazioni erogate dai servizi

Negli anni successivi all'arrivo del minore in famiglia, i servizi di Equipe Adozioni supportano la costruzione del legame di filiazione adottiva attraverso varie attività, quali: colloqui con la famiglia e con gli altri soggetti coinvolti (Enti Autorizzati, scuola, servizi specialistici), osservazioni del minore, visite domiciliari, gruppi di sostegno. Le Equipe Adozioni coinvolte nella ricerca erogano in media 18 prestazioni per nucleo familiare, con un minimo di una prestazione ed un massimo di 113 prestazioni. Il numero di prestazioni è influenzato da una serie di fattori che vengono di seguito presentati.

La presenza di bambini con *special needs*, aumenta il numero di prestazioni erogate, infatti si passa da 20 prestazioni per i bambini che presentano tali bisogni, a 15 per i bambini che non rientrano in questa categoria: il dato mostra tuttavia come il numero di prestazioni non si distanzi molto rispetto ai bambini senza tali bisogni, a dimostrazione del fatto che tutti i minori che arrivano in adozione hanno comunque la necessità di ricevere forme di sostegno. La media delle prestazioni si alza notevolmente alla presenza di maltrattamenti: si passa da 32 prestazioni per i bambini che hanno subito maltrattamenti, a 18 prestazioni per i minori che non hanno subito questo tipo di

violenze. Mentre, non è influenzata dalla presenza di abuso sessuale, questo perché, nel territorio Veneto, i bambini che presentano tale situazione vengono presi in carico da servizi specialistici.

Le prestazioni aumentano anche in relazione dell'età dei bambini: si passa da una media di 9,9 prestazioni per i bambini fino ad un anno di età, a 29,2 prestazioni di media per i bambini dai 9 anni in su. Quindi, con l'arrivo in adozione di bambini con un'età sempre più alta negli anni, aumentano i bisogni delle famiglie e di conseguenza anche le prestazioni erogate dai servizi. Gli interventi accrescono anche se il grado di sviluppo psico-affettivo non è adeguato (si passa da 17,4 prestazioni se lo sviluppo è adeguato, a 22,7 se non è adeguato), invece la situazione sanitaria non influenza tale dato: le famiglie, quindi, si rivolgono alle Equipe Adozioni soprattutto per problemi di carattere psicologico, mentre per quanto riguarda gli aspetti sanitari sembrano rivolgersi a servizi sanitari specialistici.

Infine, le prestazioni nel post-adozione sono influenzate dalla presenza o meno di reti familiari (parenti, amici, vicinato) e sociali (associazioni, parrocchia, scuola) di appoggio, infatti si passa da 34 prestazioni quando tali reti sono assenti, a 18 prestazioni di media, quando c'è una rete di sostegno presente.

### *5.3. Il contesto sociale delle famiglie*

La presenza di reti familiari è un supporto fondamentale anche per le famiglie adottive, in quanto sono una grande risorsa per il sostegno della genitorialità e per la cura del bambino. È importante che i bambini, infatti, sviluppino relazioni di attaccamento non solo con i genitori, ma anche con gli altri membri della famiglia che possono diventare grandi risorse nel loro percorso di crescita. Dai dati raccolti, il 90% delle famiglie si appoggia ai nonni e il 57,6% anche a zii e cugini, che risultano essere una componente importante nella famiglia allargata. Da questo si può dedurre come i nonni siano una risorsa insostituibile per i bambini: per tale motivo già nel periodo dell'attesa, la Regione Veneto prevede l'organizzazione di iniziative per i futuri nonni adottivi, così da creare una sorta di connessione tra questi e l'adozione. Anche la rete sociale risulta essere presente nelle famiglie del campione analizzato: questo tipo di rete è stata suddivisa in reti informali (amici e vicinato) e formali (parrocchia, altre famiglie adottive, associazioni e insegnanti). Per quanto riguarda la componente informale, risulta che gli amici siano una risorsa importante per le coppie, infatti, per il 75,6% rappresentano relazioni significative. Invece, per quanto riguarda il vicinato, non sembra che le coppie vi facciano un forte affidamento, solo il 20% lo ritiene

significativo. In merito alle reti informali, il 6,2% delle famiglie mantiene contatti con la parrocchia, il 9,9% mantiene rapporti significativi con altre famiglie adottive. Solo il 5,4% del campione ha dei legami con le associazioni presenti nel territorio, mentre l'1,7% vede gli insegnanti dei figli come una risorsa importante.

Nella maggior parte dei casi la presenza o meno di questa tipologia di reti non viene indagata dagli operatori delle Equipe, anche se a fronte di quanto detto in precedenza, sarebbe utile che gli assistenti sociali favorissero lo sviluppo di questo genere di supporto esterno ai servizi, per aiutare le famiglie ad implementare il loro capitale sociale. Inoltre, come si è osservato nell'analisi delle prestazioni erogate, chi non può contare su reti di appoggio, richiede un numero di interventi molto alto da parte dei servizi.

Per quanto riguarda il periodo di astensione dal lavoro legato alla maternità e paternità adottiva, risulta che la media di astensione per maternità è di 139 giorni, pari a circa 4 mesi e mezzo, mentre per la paternità, solo 25 padri hanno usufruito dell'astensione, per una media di 85 giorni, pari a circa 2 mesi e mezzo. L'astensione lavorativa varia in relazione all'età della madre con un aumento tra le donne over 50 anni e in relazione all'età del bambino: tendenzialmente decresce con l'aumentare dell'età, con un minimo di 110 giorni nei bambini più grandi. Questo fenomeno si può spiegare partendo dal fatto che i bambini molto piccoli hanno maggiormente bisogno della presenza della madre a seguito della scarsità dei servizi educativi dedicati, mentre con il crescere dell'età, le strutture scolastiche appaiono capaci di coprire la totalità delle richieste, almeno dal punto di vista quantitativo, garantendo un inserimento per tutti. Infine, i giorni di astensione lavorativa delle madri, sono influenzati dalla presenza nel minore di una situazione sanitaria e psico-affettiva non adeguata, per la quale se presente aumentano significativamente.

La scuola rappresenta per i bambini il primo passo per l'inserimento nel nuovo contesto sociale e anche culturale, se consideriamo le adozioni internazionali: pertanto è importante che l'inserimento scolastico avvenga gradualmente, rispettando i tempi del bambino. Inoltre, è fondamentale che il personale delle scuole sia adeguatamente formato in relazione alle tematiche dell'adozione, poiché è compito degli insegnanti favorire l'integrazione dei minori nel contesto dei pari. Per quanto riguarda l'inserimento scolastico, la media di giorni che intercorre dalla data di ingresso in famiglia del bambino all'inserimento scolastico è di 133,8 giorni, pari a 4 mesi e mezzo circa. Questo tempo risulta essere influenzato dall'età della madre e anche dall'età dei bambini, infatti, il tempo relativo all'inserimento decresce con l'aumentare delle età dei minori e delle madri: se i bambini sono in età scolare, l'inserimento avviene più velocemente. Il 48,3% dei bambini viene inserito nella



classe adeguata all'età cronologica, mentre il 20% viene inserito in una classe inferiore all'età; per quanto riguarda la percentuale mancante, il dato non è stato rilevato. I bambini che vengono inseriti con più frequenza in una classe non adeguata, sono quelli in adozione internazionale: questo è dovuto alle condizioni di origine dei bambini, molto spesso non scolarizzati nei Paesi di origine e anche all'apprendimento della una nuova lingua. L'inserimento nella classe adeguata è influenzato dall'età dei bambini, infatti, con l'aumentare dell'età, aumenta anche la percentuale di bambini inseriti in una classe non adeguata e allo stesso modo aumenta in relazione alla presenza di bisogni speciali (34,1%), rispetto alla percentuale dei bambini senza tali bisogni (20,7%). I bambini indagati, frequentano maggiormente le scuole pubbliche (39,1%), contro l'11,8% che frequenta le scuole private: anche per questo dato, nel 50% dei casi non è stata possibile la rilevazione. Per quanto riguarda l'orario scolastico, il 22,6% dei bambini frequenta la scuola con orario normale, mentre il 25,2% dei bambini fa un orario prolungato: il dato è mancante nel 52% dei casi.

## 6. Conclusioni

Come mostrano i dati più recenti (CAI, 2020), tutti i principali Paesi di accoglienza dell'adozione internazionale hanno vissuto una significativa riduzione dei flussi di ingresso di minorenni a scopo adottivo. Questo andamento mostra come tra il 2004 e il 2018, in riferimento ai ventiquattro principali Paesi di accoglienza si passa dai 45.483 casi agli 8.299, per una riduzione percentuale del fenomeno complessivo nel periodo dell'81,7%. L'Italia, nonostante un calo del 64,8%, si configura comunque ad oggi nel contesto europeo come il principale paese di accoglienza, seconda solo agli Stati Uniti a livello mondiale. La riduzione delle adozioni però non limita la complessità dei bisogni dei bambini adottati, di cui oggi il 60% è portatore di bisogni speciali.

A fronte di questi scenari, la Regione si è adoperata, e continua a farlo, per fornire una risposta adeguata alle coppie e per tutelare i minori in adozione: le politiche a favore del sostegno alla genitorialità adottiva sono state rinforzate e la fase del post-adozione è divenuta il centro dell'intero percorso adottivo. Aumentano gli interventi specialistici e la collaborazione con i servizi prettamente sanitari: parlare di supporto alla genitorialità può, infatti, risultare riduttivo, in quanto le Equipe Adozioni, in molti casi, pongono in atto veri e propri percorsi di aiuto, per prevenire possibili fallimenti adottivi.

Nel contesto considerato, emerge che i servizi territoriali ricoprono pienamente questo ruolo istituzionale, differenziandosi tra loro in base alle specificità dell'utenza: d'altro canto, anche le famiglie adottive sembrano essere consapevoli delle difficoltà insite nell'adozione e di conseguenza, ripongono la propria fiducia nell'operato delle Equipe.

I servizi territoriali per le adozioni, diventano così uno strumento di carattere sociale, poiché sono tenuti sempre di più a curare l'inserimento dei bambini, non solo all'interno delle famiglie, ma in una realtà più ampia, cioè nel tessuto della comunità di appartenenza; si parla di lavoro di rete, cioè di processi volti a implementare le risorse personali delle famiglie in termini di relazioni con l'esterno, per far sì che i nuovi nuclei siano supportati anche da figure altre rispetto agli operatori psico-sociali, così da accrescere il capitale sociale relazionale che influisce sul benessere delle famiglie e, di conseguenza, del bambino. A questo proposito è doveroso sottolineare l'impegno della Regione in progetti di formazione per il personale scolastico e per gli educatori presenti in Veneto, che si concretizza in percorsi formativi fatti dagli operatori delle Equipe con le scuole e i centri ricreativi del territorio.

I dati raccolti hanno dimostrato come, grazie alle cure dei genitori e al sostegno delle Equipe Adozioni, questi bambini che hanno alle spalle forti esperienze di deprivazione affettiva e molto spesso anche problemi di salute, abbiano grandi capacità di recupero, sia in termini fisici che relazionali. Al momento dell'ingresso in famiglia, il 36% dei minori non aveva una situazione sanitaria buona, dopo i tre anni di post-adozione questa percentuale si è ridotta arrivando al 9%; lo stesso vale per lo sviluppo psico-affettivo, in cui i minori non adeguati al momento dell'arrivo in famiglia risultavano essere il 13%, riducendosi dopo i tre anni al 3%. Certamente appare comunque importante sottolineare come in una parte residuale dei casi analizzati, le criticità sul piano sanitario e relazionale siano rimaste presenti, anche a fronte dei percorsi di sostegno affrontati e della nuova realtà di cura familiare, a testimoniare come la gravità di alcune esperienze sfavorevoli non possa essere ridotta o annullata nemmeno attraverso l'adozione.

Infine, tramite l'analisi dei dati sono emerse alcune criticità che favoriscono la nascita di spunti di riflessione per chi opera in questo settore. Innanzitutto, si nota una certa mancanza di informazioni nelle cartelle psico-sociali, soprattutto in relazione a determinati aspetti: la presenza di maltrattamenti e abusi, il grado di sviluppo cognitivo, le reti familiari e sociali delle famiglie e le condizioni dell'inserimento scolastico dei minori. Emerge quindi la necessità di definire nuovi strumenti di rilevazione delle informazioni: a causa delle ovvie differenze fra gli stili degli operatori presenti nelle Equipe e anche delle diversità tra un Equipe territoriale e l'altra, ogni cartella

presentava una struttura differente e le notizie presenti variavano in base alle caratteristiche professionali dei singoli. Risulta utile riflettere sulla costruzione futura di una scheda comune di valutazione per il periodo di post-adozione, che permetta di raccogliere il maggior numero di informazioni in modo oggettivo, mantenendo le specificità professionali di ogni operatore e indagando maggiormente gli aspetti sociali legati alle coppie e ai bambini.

Concludendo, si vuole sottolineare che le ipotesi della ricerca sono state verificate, infatti:

1. nella Regione Veneto i bambini con bisogni speciali sono ampiamente presenti e questo ha comportato e comporta tuttora, una ridefinizione degli interventi da parte dei servizi in relazione ai bisogni specifici delle famiglie adottive;
2. il triennio di post-adozione si configura come un periodo fondamentale per il recupero delle capacità dei bambini, infatti, dall'analisi dei dati sono emersi miglioramenti significativi rispetto alla situazione iniziale dei minori;
3. le famiglie adottive vedono le Equipe Adozioni come una risorsa e un punto di appoggio importante, sia per quanto riguarda la cura degli aspetti psicologici dei bambini che per quanto riguarda l'inserimento nel contesto sociale degli stessi;
4. le reti familiari e sociali risultano essere una forma di sostegno utile per le famiglie adottive, in quanto favoriscono l'inserimento del bambino nel tessuto comunitario e supportano le coppie nel ruolo genitoriale. In tal senso, la scuola ricopre un ruolo fondamentale poiché permette ai minori di entrare in contatto con il gruppo dei pari e di sperimentare nuove dinamiche relazionali: per tale motivo, è fondamentale che il delicato momento dell'inserimento scolastico venga gestito adeguatamente dalle famiglie e dagli insegnanti.

Queste considerazioni portano ad evidenziare come l'adozione risulti un "modo per essere famiglia" riconosciuto e sostenuto a livello sociale, regionale e nazionale, a cui, seppur coscienti delle difficoltà insite nel percorso, si rivolgono numerose famiglie. La collaborazione dei servizi e dei professionisti che operano nel settore è fondamentale per il sostegno delle coppie ma soprattutto per la tutela del superiore interesse dei minori.

## Riferimenti bibliografici

Barbato A. (2010), "Le ricerche sugli esiti dell'adozione", in Vadilonga F. (a cura di), *Curare l'adozione*, Cortina, Milano.

- Bartolomei A., Passera A.L. (2005), *L'assistente sociale*, Edizioni CieRre, Roma.
- Bramanti D., Rosnati R. (1998), *Il patto adottivo*, FrancoAngeli, Milano.
- Brodzinsky D.M., Palacios J. (2011), *Lavorare nell'adozione. Dalle ricerche alla prassi operativa*, FrancoAngeli, Milano.
- Brodzinsky D.M., Schechter D., Braff A.M., Singer L. (1984), *Psychological and academic adjustment in adopted and nonadopted children*, «Journal of Clinical and Consulting Psychology», 52, pp. 582-590.
- Chistolini M. (2010), *La famiglia adottiva. Come accompagnarla e sostenerla*, FrancoAngeli, Milano.
- Chistolini M., Raymondi M. (a cura di) (2009), *Scenari e sfide dell'adozione internazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cozzolino L. (2008), *Il cervello sociale*, Cortina, Milano.
- Duyme M., Arseneault L., Dumaret A.C. (2004), "Environmental influences on intellectual abilities in childhood: findings from a longitudinal adoption study", in Chase-Lansdale P.L., Kiernan K., Friedman R.J. (eds), *Human development across lives and generations: the potential of change*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Gunnar M.R., Kertes D.A. (2005), "Prenatal e postnatal risk to neurobiological development in internationally adopted children", in Brodzinsky D., Palacios J. (eds), *Psychological issues in adoption. Research and practice*, Praeger, Westport.
- O' Connor T.G., Rutter M., Beckett C., Keaveney L., Kreppner J.M. (2000), *The effects of global severe, privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up*, «Child Development», 71, pp. 376-390.
- Palacios J., Romàn M., Camacho C. (2010), *Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity*, «Child, Care, Health Development», 37, pp. 282-288.
- Palacios J., Sanchez-Sandoval Y. (2005), "Beyond adopted/non adopted comparisons", in Brodzinsky D.M., Palacios J. (eds), *Psychological issues in adoption: research and practice*, Praeger, Westport.
- Rosnati R. (2013), *Adattamento e recupero dei bambini dopo l'adozione, il ruolo della famiglia e della scuola*, Abstract convegno 17 ottobre 2013, Bologna, [https://www.cittametropolitana.bo.it/sanitasociale/Engine/RAServe-File.php/f/TutelaMinori/abstract\\_Rosnati.pdf](https://www.cittametropolitana.bo.it/sanitasociale/Engine/RAServe-File.php/f/TutelaMinori/abstract_Rosnati.pdf).
- Rosnati R. (a cura di) (2010), *Il legame adottivo. Contributi internazionali per la ricerca e l'intervento*, Unicopli, Milano.
- Roy P., Rutter M., Pickles A. (2004), *Institutional care: associations between overactivity and a lack of selectivity in social relationship*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 45, pp. 866-873.
- Rutter M., O'Connor T.G. and the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team (2004), *Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of romanian adoptees*, «Developmental Psychology», 40, pp. 81-94.
- Van den Dries L., Juffer F., van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. (2009), *Fostering Security? A meta-analysis of attachment in adopted children*, «Children and Youth Services Review», 31, pp. 410-421.
- van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Juffer F. (2007), *Plasticity of Growth in height, weight and head circumference: meta-analytic Evidence for*

- Massive catch-up of children after international adoption*, «Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics», 28, pp. 334-343.
- van IJzendoorn M.H., Juffer F. (2005), *Adoption is a successful natural intervention enhancing adopted children's IQ and school performance*, «Current Directions in Psychological Science», 14, pp. 326-330.
- van IJzendoorn M.H., Juffer F. (2006), *The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional and cognitive development*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 47, pp. 1228-1245.
- Vorria P., Papaligoura Z., Dunn J., van IJzendoorn M.H., Steele H., Kontopoulou A. (2003), *Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 44, pp. 1208-1220.



## *8. Il congedo dell'ospite nella struttura intermedia*

di *Alessio Surian e Fabio Filippo*<sup>1</sup>

### **1. Introduzione**

Negli ultimi decenni, il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione e il contemporaneo incremento delle patologie cronico-degenerative, hanno portato ad un aumento di bisogni assistenziali “a lungo termine”, con implicazioni importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza di questo tipo di pazienti.

In questa situazione vi è la necessità di fornire risposte sociosanitarie non basate soltanto sulla tecnologia, ma che risultino appropriate ai bisogni del paziente e dei suoi familiari.

A tal fine sono state realizzate modifiche organizzative e culturali, fra cui si inserisce il modello dell'ospedale di comunità, impostate sulla centralità della persona e non della patologia, con la creazione di percorsi centrati sulla continuità assistenziale, che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.

La ricerca, svolta durante l'esperienza di tirocinio, aveva l'obiettivo di individuare i fenomeni comuni tra gli ospiti di lungo ricovero, al fine di attivare nuovi interventi anche attraverso alleanze con altri attori sociali e professionali, sempre nel rispetto della persona e del suo diritto ad autodeterminarsi.

---

<sup>1</sup> La ricerca è frutto di un lavoro condiviso. I paragrafi 2, 3, 4 e 5 sono stati scritti da Fabio Filippo. I paragrafi 1 e 6 sono da attribuirsi ad entrambi gli Autori.

## 2. Il paziente fragile e la figura del *caregiver*

La fragilità in un paziente consiste nella perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla compresenza di diversi fattori: biologici, psicologici e socio-ambientali che, agendo in maniera sinergica, si amplificano e si perpetuano a vicenda. Il fenomeno, pur non essendo una prerogativa della popolazione anziana, è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra 65enni dove la cronicità, la comorbidità<sup>2</sup>, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante (Trabucchi, 2005; De Toni, Giacomelli e Ivis, 2010).

Un paziente, quindi, si può definire fragile nel momento in cui vive una situazione di instabilità globale, correlata ai determinanti della fragilità.

Si deve, però, distinguere il paziente fragile da quello cronico ed acuto: il paziente acuto ha un unico problema di salute, con un'instabilità clinica medio-bassa e una durata assistenziale presumibilmente limitata nel tempo, con possibilità di guarigione.

Il paziente cronico, invece, ha uno o più problemi di salute, con un'instabilità clinica medio-bassa ma necessita di un'assistenza prolungata nel tempo, con guaribilità improbabile.

Il paziente fragile, infine, deve affrontare numerose difficoltà (salute, disabilità, gestione e di contesto) con un'instabilità clinica strutturale medio alta che lo vincola ad essere curato in maniera prolungata nel tempo. La guaribilità può essere probabile o meno a seconda della sua gravità. Tale soggetto, difatti, è definito paziente complesso (De Toni, Giacomelli e Ivis, 2010).

Ai pazienti acuti devono essere riservati centri specializzati ad alta tecnologia, mentre a quelli cronici e fragili i servizi devono avere un'organizzazione decentrata e basata su un'elevata accessibilità, continuità delle cure ed equipe multi-professionali.

La fragilità, quindi, viene considerata come una condizione di rischio elevato rispetto a delle conseguenze avverse che producono un significativo peggioramento della qualità della vita.

Questa descrizione rappresenta la fragilità come una condizione di salute instabile, causata dalla presenza di uno o più dei seguenti determinanti della fragilità:

---

<sup>2</sup> La comorbidità denota la compresenza di più patologie nella stessa persona. Un paziente è in cura per una specifica patologia, ma presenta anche altre malattie che influiscono sulla terapia, sulla qualità di vita del paziente, sugli esiti della patologia principale e sulla durata di un ipotetico ricovero ospedaliero.

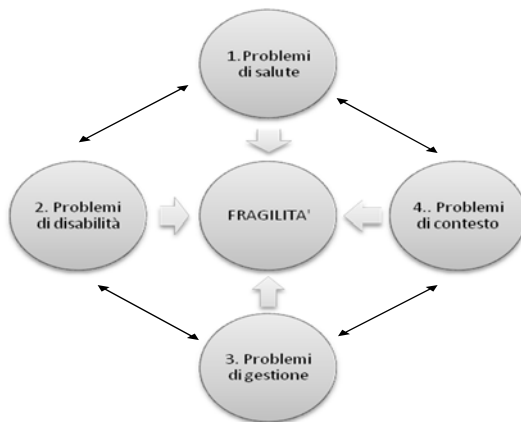


- problemi di salute fisica e psichica, quali poli-patologie con instabilità clinica;
- problemi di disabilità fisica e cognitivo-comportamentale, dovuti alla perdita di autonomia, memoria ed equilibrio;
- problemi di gestione del paziente, rispetto alla somministrazione di farmaci ed alimentazione, con difficoltà nel trasporto, nella gestione economica e nei rapporti relativi al sistema socio-sanitario;
- problemi di contesto familiare e socio-ambientale, dovuti a una famiglia inadeguata per vedovanza, assenza di assistente familiare, relazioni sociali deboli o assenti, problemi di contesto ed economici.

Da questa descrizione si intuisce come la fragilità, così intesa, non impiega l'età come fattore discriminante e, pertanto, anche un giovane può essere considerato fragile.

Il paziente fragile, difatti, è affetto da almeno due delle tipologie di disturbi sopracitati, poiché sussiste un'influenza reciproca tra i diversi problemi. (fig. 1).

Fig. 1 – Interazione tra le determinanti della fragilità.



Fonte: De Toni, Giacomelli e Ivis (2010).

L'assistenza del paziente fragile non è semplice poiché le sue condizioni variano nel tempo. Tale dinamicità, difatti, comporta continui cambiamenti della classe di assistenza ed integrazione di appartenenza. All'evoluzione temporale della fragilità deve corrispondere un'evoluzione temporale della risposta, favorendo organizzazioni dinamiche, capaci di adattarsi a qualsiasi tipo di bisogno del paziente sia per quanto riguarda il modello che per la presa in carico.

La presa in carico del paziente fragile coinvolge innanzitutto la famiglia, che soddisfa le sue esigenze quotidiane, mediante l'instaurazione di relazioni significative all'interno ed all'esterno del contesto stesso.

Ogni nucleo familiare ha al suo interno un *caregiver*<sup>3</sup> che accudisce il paziente. La presa in carico da parte del *caregiver*, nella maggior parte dei casi, è permanente e, tale situazione, può provocare in lui una condizione di disagio, dovuta ai pesanti carichi di cura e dalle responsabilità che il suo compito comporta.

Le famiglie che hanno in carico un paziente fragile, difatti, vivono costantemente uno stato di instabilità, in quanto le loro condizioni di salute e sociali possono mutare improvvisamente, causando una perdita della condizione di equilibrio (Heron, 2002).

### 2.1. *L'ospedale di comunità e le cure intermedie*

Negli ultimi decenni l'incremento della prevalenza delle principali patologie croniche e il continuo aumento della speranza di vita della popolazione hanno portato ad una maggiore richiesta di bisogni assistenziali "a lungo termine". La necessità di fornire risposte appropriate alla nuova domanda di salute implica l'attivazione di forme assistenziali innovative, in cui vanno ricercati modelli organizzativi e assistenziali che sviluppino modalità di lavoro integrato (tra ospedale, territorio, enti locali, associazionismo) e nuove e più coerenti risposte ai bisogni dei cittadini. Il potenziamento della rete assistenziale territoriale si dovrà avvalere di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di posti letto territoriali gestiti da personale infermieristico, con il supporto clinico fornito dai medici di medicina generale (MMG), all'interno delle cosiddette Cure Intermedie.

In assenza di una normativa nazionale specifica in materia, la Commissione Nazionale FIMMG "Domiciliarità & Residenzialità delle cure" ha elaborato nel 2003 il documento "*Ospedale di Comunità – Linee guida FIMMG*", che costituisce tuttora un punto di riferimento per l'organizzazione di queste strutture, definite come "servizio socio-sanitario innovativo"

---

<sup>3</sup> Il termine *caregiver* indica la persona che presta cure e assistenza. Identifica la chi si occupa dell'accudimento e della cura di chi non è in grado di provvedere a sé stesso in maniera autonoma, del tutto o in parte. Gli assistiti possono essere persone con disabilità fisica o psichica oppure persone anziane con malattie invalidanti, come ad esempio il morbo di Alzheimer. Si parla di *caregiver* familiare quando chi presta assistenza è un parente del malato, ad esempio il marito, il fratello oppure il figlio o la figlia.

di tipo residenziale, collocato in ambito intermedio tra l'ospedale, le altre forme di residenzialità territoriale (RSA, case protette, case di riposo etc.) e la domiciliarità.

Le cure intermedie sono costituite da un'area di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, erogati nel contesto della Assistenza Territoriale Distrettuale, pertanto sono costituite da servizi che hanno l'obiettivo primario di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al proprio domicilio.

Gli Ospedali di comunità collegano la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali e i presidi ospedalieri, nonché permettono di affrontare i problemi di salute quali per cui non basta l'assistenza domiciliare ed è eccessivo un ricovero ospedaliero classico. Tale procedura consente di evitare o prolungare i "ricoveri impropri", infatti, la degenza non dovrebbe superare i venti giorni (De Toni, Giacomelli e Ivis, 2010).

L'inserimento in queste strutture può rappresentare una valida risposta a carattere temporaneo qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non consentano il mantenimento del paziente al proprio domicilio. In queste strutture l'esito funzionale è il determinante principale delle necessità assistenziali e della futura traiettoria del paziente, tipicamente in transizione da un setting di cura ad un altro (ad esempio ospedale/domicilio). Rispetto all'ospedale si configura prioritaria l'attenzione e la ricerca della riduzione delle conseguenze funzionali della malattia (menomazioni delle funzioni in ICF) e il miglioramento della qualità della vita rispetto alla dimensione diagnostica/procedurale e terapeutica. Pertanto, queste strutture devono essere in grado di offrire risposta polifunzionale a carattere temporaneo con possibilità di offerta principalmente di tre tipi: *stabilizzazione, riabilitazione estensiva, palliazione*<sup>4</sup>.

### 3. La struttura intermedia: il contesto

Il servizio nel quale è stata realizzata la ricerca è la struttura intermedia, situata a Padova, all'interno dei locali messi a disposizione dalla Fondazione Opera Immacolata Concezione. Tale struttura è stata attivata il 6 dicembre 2002, parallelamente alla fase di superamento dell'Ospedale Geriatrico, allo

---

<sup>4</sup> Deliberazione della giunta Regionale n. 2718 del 24 Dicembre 2012. <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=244978> (data ultima consultazione 18-4-2019).

scopo di far fronte ai bisogni sociosanitari di una popolazione anziana sempre più numerosa e per lo più affetta da patologie cronicodegenerative. Gli obiettivi di questa struttura sono:

- migliorare la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, attuando una presa in carico complessiva dei bisogni del paziente e della sua famiglia;
- facilitare le dimissioni ospedaliere, in particolare delle persone con problemi sociosanitari complessi, favorendone il rientro a domicilio;
- evitare o ritardare gli ingressi definitivi delle persone anziane nelle strutture residenziali, consentendo, con brevi ricoveri, di verificare la possibilità di attuare l'assistenza domiciliare e di fornire alla famiglia il supporto e la formazione necessari per affrontare tempestivamente le mutate condizioni dell'anziano dopo un'evenienza acuta;
- consentire, se l'ingresso in strutture residenziali si rendesse inevitabile, una più rapida organizzazione di tale accoglimento, previa valutazione dell'UVMD del Distretto.

La struttura si propone, pertanto, di accogliere persone dimesse dall'ospedale in condizioni cliniche stabilizzate, in attesa di un rientro nella rete dei servizi extraospedalieri, o persone per le quali il medico richieda un ricovero temporaneo in ambiente protetto.

Le finalità della struttura intermedia rendono necessario che la permanenza sia orientata al consolidamento dei risultati terapeutici ottenuti in ospedale oppure alla verifica di ulteriori necessità assistenziali in altre forme di assistenza territoriale. Per queste ragioni la durata dell'inserimento tendenzialmente dovrebbe durare 20 giorni.

### *3.1. Operatori e tipologia di utenza*

Nelle riunioni giornaliere di équipe (composte dal dirigente organizzativo della struttura, Coordinatrice infermieristica, Assistenti Sociali, Fisioterapisti e Medici) si è potuto rilevare che gli ospiti accolti dalla Struttura Intermedia sono per lo più anziani non autosufficienti. Infatti, nel territorio dell'ULSS 6 Euganea, si sta assistendo negli ultimi anni ad un invecchiamento della popolazione, che coinvolge tutti i comuni del territorio. Tale fenomeno rispecchia l'andamento demografico globale, descritto in particolare in Italia e negli altri paesi industrializzati.

La popolazione ultrasessantacinquenne rappresenta nel comune di Padova ben il 21,9% del totale e negli ultimi anni è cresciuta progressivamente

registrando una media più alta rispetto a quella del Paese che è di 19,8% (Istat, 2017).

Inoltre, è in atto un cambiamento della composizione dei nuclei familiari (aumento dei nuclei composti da anziani soli o in coppia) i quali evidenziano un processo di transizione che segna il passaggio da una struttura familiare “allargata”, caratterizzata nel passato dalla convivenza di più “nuclei”, ad una struttura assai più “ristretta”, o per meglio dire, mononucleare (Di Nicola, 2008). Tutto ciò è accompagnato da una sempre più larga diffusione della famiglia cosiddetta “unipersonale”. Tali modificazioni demografiche possono avere importanti ripercussioni sulla società, in particolare per quanto riguarda l’assistenza sociale e sanitaria, con problematiche non solo di tipo economico ma anche gestionale. L’allungamento della vita media è accompagnato infatti da un aumento di prevalenza delle principali patologie croniche e della disabilità, con conseguente aumento della domanda di assistenza continuativa. Questo fenomeno è tangibile e affrontato quotidianamente nelle riunioni di equipe della Struttura Intermedia.

## **4. La ricerca**

### *4.1. La domanda di ricerca*

Oggetto della ricerca era il congedo dell’ospite dalla Struttura Intermedia; si intendeva comprendere le ragioni sottostanti il costante prolungamento del periodo di degenza oltre i termini previsti, prolungamento che costringe quasi quotidianamente l’équipe medica e sociale ad affrontare questo problema.

Allo scopo di comprendere il fenomeno della prolungata permanenza all’interno della struttura intermedia è stato utile porsi le seguenti domande:

- è un problema sociologico derivante da un processo che segna il passaggio da una struttura familiare “allargata” ad una invece nettamente più “ristretta”?
- è un problema dovuto all’allungamento dell’età avanzata con conseguente perdita dell’autonomia?
- è un problema derivante dal livello di autosufficienza che porta in molti casi a isolamento sociale o a un maggior carico sulla famiglia di appartenenza?
- è un problema dovuto ad una cattiva gestione della Struttura Intermedia e delle procedure regionali inerenti alle cure intermedie?

- ci sono dei fenomeni comuni tra le persone che non sono dimesse e quindi possono essere attuate delle procedure preventive?

#### 4.2. Il campione della ricerca

Vista l'impossibilità di svolgere una raccolta dati che portasse ad un'analisi di tipo descrittivo, la ricerca si è basata su una metodica di tipo inferenziale, estrapolando i dati relativi ai casi trattati dall'assistente sociale (78 casi), nel periodo che va da febbraio 2018 a ottobre 2018, ritenendo che tale campione possa essere rappresentativo della casistica "tipo" e dunque tale metodo risulti adeguato, applicabile e coerente con le finalità della ricerca.

La ricerca è stata effettuata osservando l'influenza dei singoli fattori, riportati qui di seguito, al fine di descrivere il fenomeno:

- durata della permanenza
- età
- sesso
- reparto di provenienza
- destinazione dopo la dimissione
- diagnosi principale d'ingresso
- livello di autosufficienza
- situazione di convivenza
- periodo trascorso tra il ricovero e la presa in carico dell'assistente sociale.

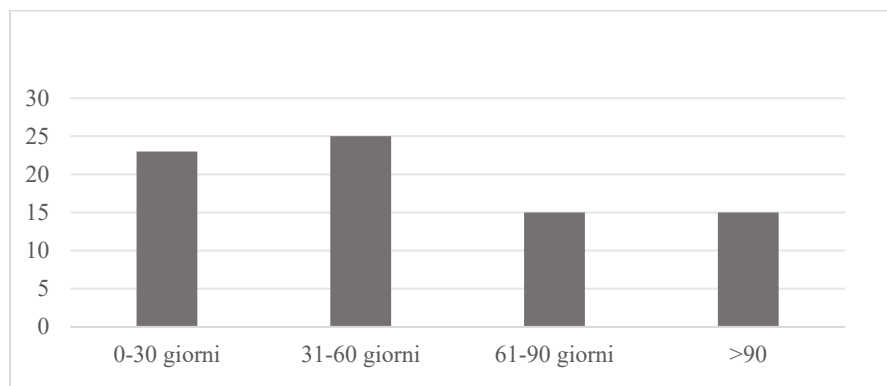
I dati sono stati ricavati attraverso l'analisi della documentazione sanitaria consegnata in fase di ingresso e grazie anche alle informazioni ricavate durante i colloqui con i *caregiver* degli utenti, completando per ognuno la cartella socio-sanitaria, ritenuta utile per lo svolgimento della ricerca.

### 5. Risultati e analisi dei dati

Alla scadenza dei 30 giorni, in cui l'ospite è in struttura gratuitamente, la durata del ricovero (fig. 1) può prolungarsi fino a oltre i 90 giorni: solo il 30% (23 pazienti) viene dimesso nei primi 30 giorni, il 32% (25 pazienti) viene dimesso nel periodo incluso tra il 31esimo e il 60esimo giorno di ricovero, il 19% (15 pazienti) dal 61esimo al 90esimo e un altro 19% (15 pazienti) circa rimane oltre addirittura i 90 giorni.

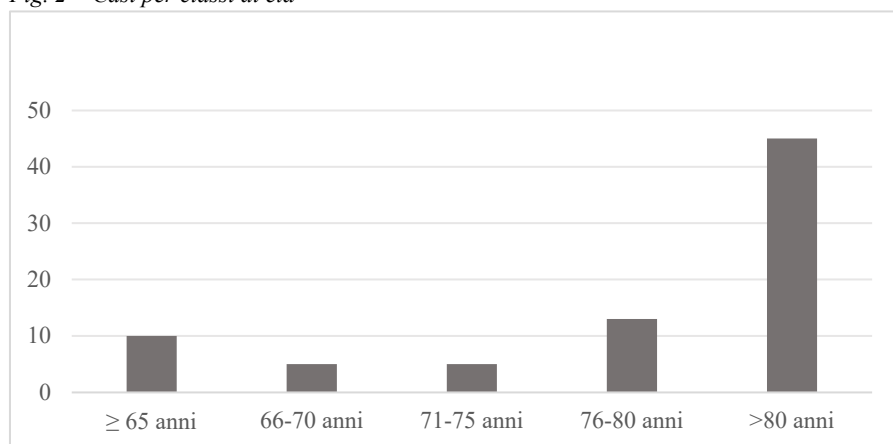
Dai dati emersi possiamo dunque notare come la Struttura Intermedia sia costretta a lavorare in un clima di “eccezionalità” rispetto gli obiettivi della struttura, rendendo più difficoltoso il lavoro del personale.

Fig. 1 – Casi per classi di durata del ricovero



Grazie all’allungamento dell’aspettativa di vita e al progresso in campo medico e tecnologico, la media di età del campione preso in esame è di ben 80 anni: solo il 13% ha meno di 65 anni, il 6% di pazienti ha un’età compresa tra i 66 e i 70 anni, un ulteriore 6% di pazienti con età compresa tra i 71 e i 75 anni, a seguire in 17% con un’età tra i 75 e gli 80 e addirittura il 58% dei casi esaminati supera gli 80 anni (con ben 45 pazienti) (fig. 2).

Fig. 2 – Casi per classi di età



Questi dati rispecchiano i dati nazionali che vedono, anno dopo anno, un aumento costante dell'età media soprattutto nella donna. Difatti nel campione preso in esame vi è una spiccata presenza femminile che copre il 67% del totale (52 pazienti su 78 totali) e un incremento ancora maggiore se si considera l'ultima fascia di età (>80anni).

Riguardo alla provenienza degli ospiti facenti parte del campione di questa ricerca, possiamo notare (fig. 3) che gli anziani presenti nella Struttura Intermedia provengono per la maggior parte dai reparti di Lungodegenza (22%, pari a 17 pazienti) e Ortopedia con circa il 19% (15 pazienti), seguono con 14 pazienti (18%) geriatria e con 9 pazienti (12%) la clinica medica. Per quanto concerne la diagnosi principale d'ingresso (graf.4) spicca con il 34% la "voce" fratture (molto spesso di femore) e con il 25% il problema del deterioramento psichico, molto più ridotte emergono le patologie cardiache (14% con, 11 pazienti). In generale possiamo evidenziare come gli anziani presenti in struttura intermedia soffrano di malattie anche gravi come il Parkinson, il cancro, malattie respiratorie, malattie cardiache e comunque di malattie croniche, le quali sicuramente influiscono a considerare l'anziano non come una risorsa ma come un problema con conseguente emarginazione del soggetto.

Fig. 3 – Ospiti per reparto di provenienza

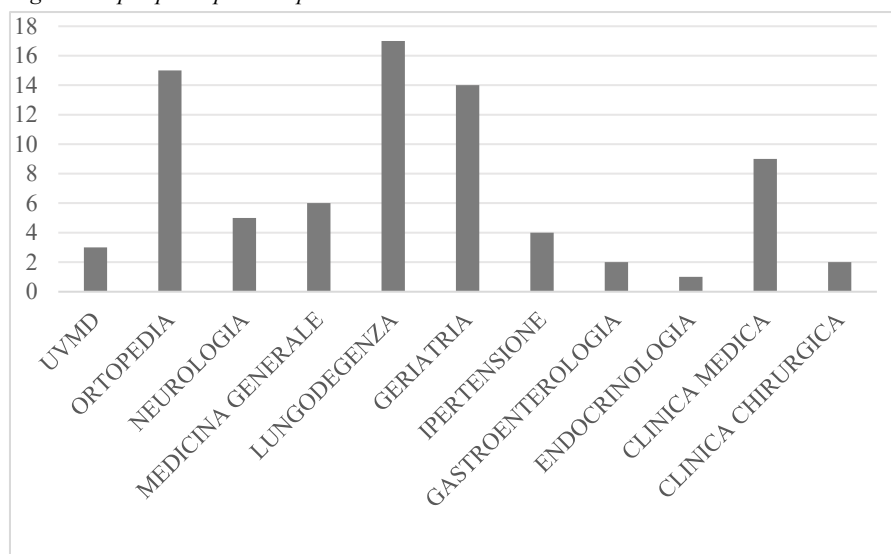
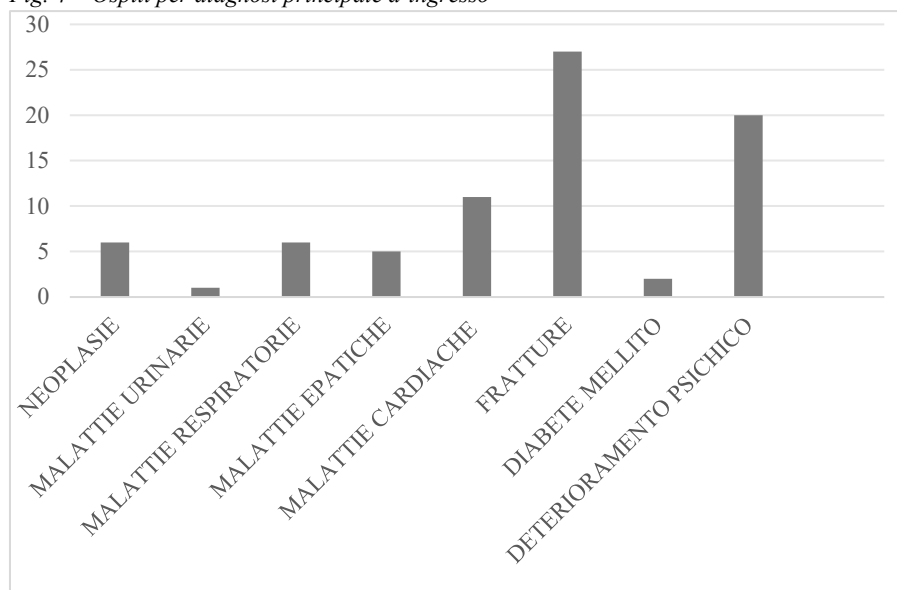




Fig. 4 – Ospiti per diagnosi principale d'ingresso



Se diamo uno sguardo alla destinazione dopo la dimissione del campione oggetto della ricerca (fig. 5) possiamo notare come la più frequente sia la casa di riposo con il 42%, segue con il 24% il ritorno del paziente in ospedale, ben il 12% invece lascia la struttura a causa del decesso, l'11% ritorna a domicilio con ADI (assistenza domiciliare integrata) o SAD (servizio di assistenza domiciliare), solo l'8% va a domicilio senza assistenza mentre il restante 3% passa ad un'altra struttura di cure intermedie. È importante evidenziare l'alta percentuale di decessi soprattutto alla luce di quella che è la finalità della Struttura Intermedia. Tuttavia, i decessi registrati sono dovuti all'arrivo di ospiti con una situazione sanitaria non ancora stabilizzata e che in seguito alle cure non riescono a trovare una soluzione adeguata in quanto il progetto della UVMD non è realizzabile.

Un altro dato utile ai fini della presente ricerca riguarda la situazione di convivenza degli ospiti (fig. 6). Il 40% del campione (31 pazienti) vive da solo/a senza purtroppo l'appoggio costante di nessun familiare o amica/o su cui può fare affidamento; il 32% (25 pazienti) invece si trova in una situazione di convivenza mentre il 28% del campione (22 pazienti) si trova solo/a con "altri" ovvero anziani single o vedovi che però possono contare su familiari o amici.

Fig.5. – La distribuzione degli ospiti

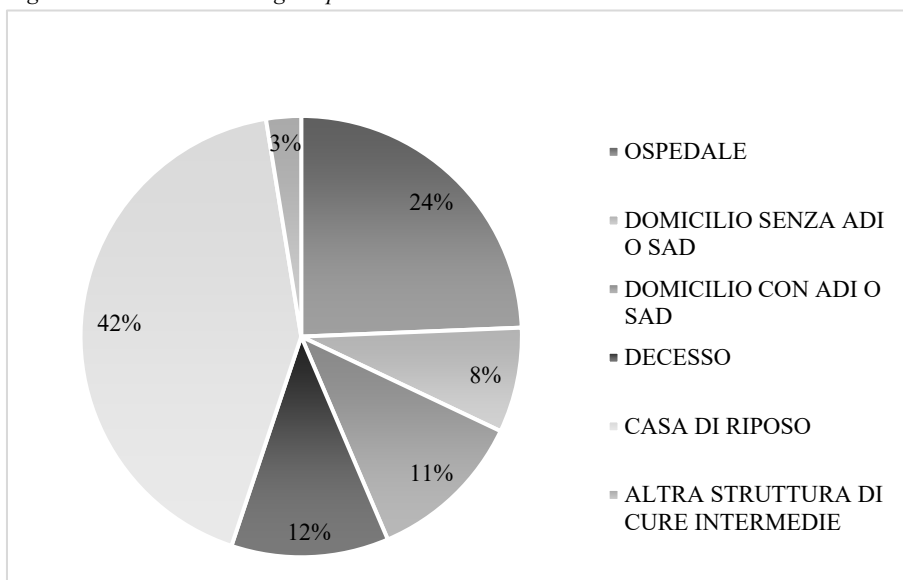
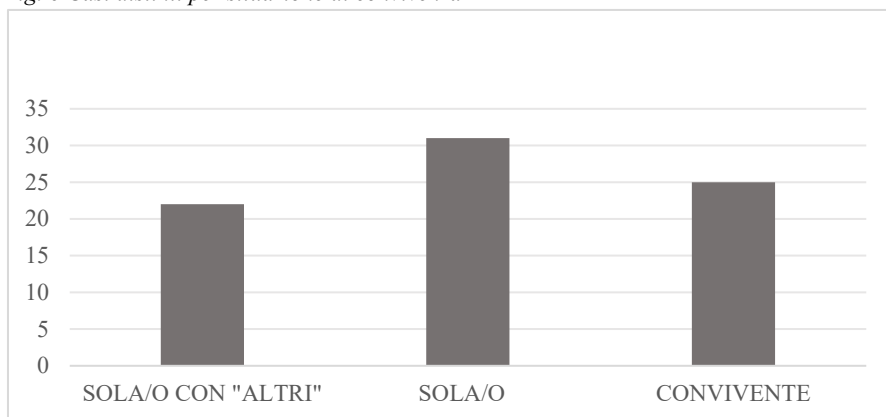
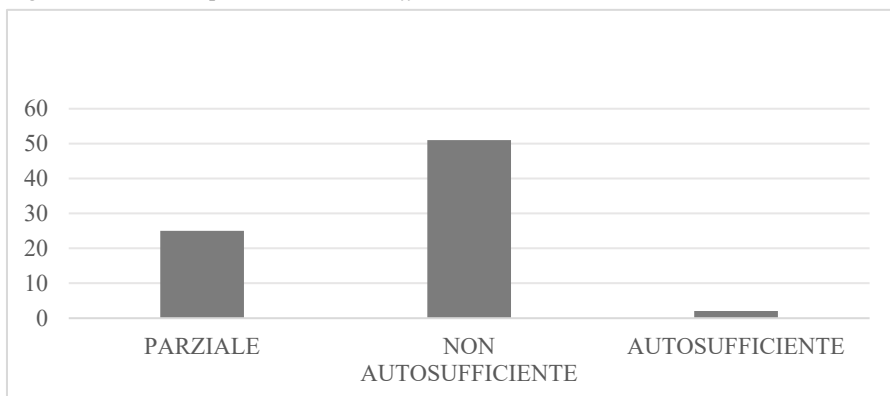


Fig. 6 Casi distinti per situazione di convivenza



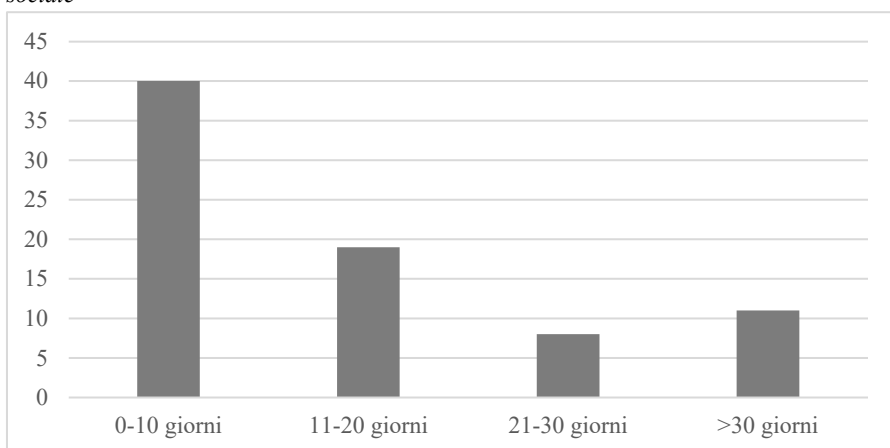
Per quanto concerne il livello di autosufficienza (fig. 7) si può purtroppo constatare come quasi il 66 % (51 pazienti) risulta non autosufficiente, il 32% (25 pazienti) è invece parzialmente sufficiente e solo il restante 2% è autosufficiente. Questo dato è molto importante in quanto il livello di autosufficienza incide molto sull'esclusione sociale dei nostri anziani anche all'interno della propria rete familiare.

Fig. 7 – Casi distinti per livello di autosufficienza



Oltre ai dati riguardanti il campione esaminato si è voluto anche osservare alcuni aspetti organizzativi connessi a quella che è la domanda della presente ricerca. Dai risultati raccolti (fig. 8) notiamo come il 51% (40 pazienti) dei casi sono stati presi in carico dall'assistente sociale già nei primi 10 giorni, seguono 19 pazienti (24%) che sono stati presi in carico dal giorno 11 al giorno 20, e 8 pazienti (10%) dal 20esimo al 30esimo giorno, mentre va segnalato un significativo 14% (11 pazienti) che è stato invece preso in carico dopo 30 giorni dal ricovero. Quest'ultimo dato non è sicuramente da sottovalutare anzi proprio da qui si può pensare a nuove soluzioni efficaci, innovative e alternative al fine di migliorare la cura e l'attenzione verso gli ospiti della struttura intermedia.

Fig. 8 – Casi distinti per periodo trascorso tra il ricovero e la presa in carico dell'Assistente sociale



Al fine di rispondere alle domande della ricerca si è fatto ricorso all'analisi bivariata per indagare le relazioni fra i caratteri rilevati sullo stesso campione e la durata del periodo di permanenza in struttura intermedia, esattamente:

- destinazione dopo la dimissione per durata del periodo di permanenza (tab. 1);
- classi di età per durata del periodo di permanenza (tab. 2);
- situazione di convivenza per durata del periodo di permanenza (tab. 3);
- livello di autosufficienza per durata del periodo di permanenza (tab. 4);
- diagnosi principale d'ingresso per durata del periodo di permanenza (tab. 5);
- presa in carico per durata del periodo di permanenza (tab. 6).

Tab. 1 – Destinazione dopo la dimissione per durata del periodo di permanenza

| Periodo di permanenza in giorni | Ospedale | Casa di Riposo | Decesso | Altra Struttura di Cure Intermedie | Domicilio con ADI o SAD | Domicilio senza ADI o SAD |
|---------------------------------|----------|----------------|---------|------------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 0-30                            | 8        | 2              | 5       | 0                                  | 5                       | 3                         |
| 31-60                           | 6        | 10             | 3       | 1                                  | 2                       | 3                         |
| 61-90                           | 5        | 7              | 0       | 1                                  | 2                       | 0                         |
| >90                             | 0        | 14             | 1       | 0                                  | 0                       | 0                         |

Tab. 2 – Classi di età per durata del periodo di permanenza

| Periodo di permanenza in giorni | Età ≤ 65 anni | 66-70 anni | 71-75 anni | 76-80 anni | > 80 anni |
|---------------------------------|---------------|------------|------------|------------|-----------|
| 0-30                            | 6             | 1          | 2          | 4          | 10        |
| 31-60                           | 1             | 3          | 2          | 3          | 16        |
| 61-90                           | 2             | 0          | 0          | 3          | 10        |
| > 90                            | 1             | 1          | 1          | 3          | 9         |

Tab. 3 – Situazione di convivenza per durata del periodo di permanenza

| Periodo di permanenza in giorni | Convivente | Sola/o con altri | Sola/o |
|---------------------------------|------------|------------------|--------|
| 0-30                            | 12         | 8                | 3      |
| 31-60                           | 7          | 9                | 9      |
| 61-90                           | 4          | 4                | 7      |
| > 90                            | 2          | 1                | 12     |

Tab. 4 – Livello di autosufficienza per durata del periodo di permanenza

| Periodo di permanenza in giorni | Autosufficiente | Parzialmente autosufficiente | Non autosufficiente |
|---------------------------------|-----------------|------------------------------|---------------------|
| 0-30                            | 2               | 8                            | 13                  |
| 31-60                           | 0               | 7                            | 18                  |
| 61-90                           | 0               | 6                            | 9                   |
| > 90                            | 0               | 3                            | 12                  |

Tab. 5 – Diagnosi principale d'ingresso per durata del periodo di permanenza

| Diagnosi principale d'ingresso | 0-30 Giorni | 31-60 Giorni | 61-90 Giorni | >90 Giorni |
|--------------------------------|-------------|--------------|--------------|------------|
| Deterioramento psichico        | 5           | 6            | 3            | 6          |
| Diabete mellito                | 0           | 2            | 0            | 0          |
| Frattura                       | 7           | 6            | 8            | 6          |
| Malattie cardiache             | 4           | 5            | 2            | 0          |
| Malattie epatiche              | 1           | 3            | 0            | 1          |
| Malattie respiratorie          | 4           | 1            | 1            | 0          |
| Malattie urinarie              | 1           | 0            | 0            | 0          |
| Neoplasie                      | 1           | 2            | 1            | 2          |

Tab. 6 – Presa in carico per durata del periodo di permanenza

| Periodo di permanenza in giorni | Presa in carico 0-10 Giorni | Presa in carico 11-20 Giorni | Presa in carico 21-30 Giorni | Presa in carico > 30 Giorni |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 0-30                            | 19                          | 3                            | 1                            | 0                           |
| 31-60                           | 11                          | 9                            | 4                            | 1                           |
| 61-90                           | 3                           | 5                            | 3                            | 4                           |
| > 90                            | 7                           | 2                            | 0                            | 6                           |

La destinazione dopo la dimissione per la durata del periodo di permanenza (tab. 1), illustra come all'aumentare del periodo di permanenza è maggiore l'incidenza di ospiti che concludono il loro percorso in struttura avendo come destinazione la casa di riposo. Questo dato è dovuto non solo alla mancanza di posti sufficienti nelle RSA e alla conseguente lunga lista di attesa, ma anche dal comportamento assunto dai familiari e dalle persone vicine al paziente che vedono la struttura come un "deposito" delegando ad altri la presa in carico totale del loro congiunto. Inoltre, nella stessa tabella emerge un altro dato ovvero il notevole aumento di decessi nelle classi di permanenza minori, sottolineando quindi alcuni ingressi presumibilmente poco consoni alle finalità e alle capacità delle cure intermedie. La tabella 2, inerente alla classe di età per durata del periodo di permanenza, mostra come

all'aumentare del ricovero dell'ospite aumenta anche l'età media, registrando nella classe ">90 giorni" una quasi totale assenza di ospiti sotto i 75 anni, sottolineando la notevole difficoltà della struttura nella gestione di ospiti molto longevi.

Dai dati rappresentati nella tabella 3, inerente alla situazione di convivenza per la durata del periodo di permanenza, è possibile notare un progressivo aumento degli ospiti "soli" (ovvero i pazienti che non possono contare su un familiare o un amico) all'aumentare dei giorni di permanenza in struttura. Questo dato è molto significativo e ribadisce quanto argomentato nel precedente paragrafo sul tema del *caregiver*, figura fondamentale per la salute psicofisica dell'assistito nonché una pedina molto importante per il personale delle cure intermedie, in particolare per l'assistente sociale che può contare su un punto di appoggio in grado di far da tramite tra le richieste dell'assistito e i servizi offerti. I conviventi invece risultano la categoria con la minore permanenza in struttura intermedia.

La tabella 4, circa il livello di autosufficienza per la durata del periodo di permanenza, mette in risalto come le buone condizioni di salute determinino una permanenza minore all'interno della struttura intermedia. Difatti nella classe >90 giorni di permanenza notiamo una totale assenza di autosufficienti e solo 3 ospiti parzialmente autosufficienti.

La diagnosi principale d'ingresso per la durata del periodo di permanenza, (tab. 5) illustra come tra gli ospiti di lungo ricovero (>90 giorni), i quali registrano anche un'età media e uno stato di abbandono più alto (tab. 11 e 12), vi è una forte presenza di pazienti con deterioramento psichico o fratture. Quest'ultima parte del campione è molto fragile e richiede a mio avviso interventi largamente pianificati che solo una buona collaborazione professionale tra le strutture e i servizi del territorio possono dare.

Dalla rappresentazione della tabella 6 si nota invece come il ricovero degli ospiti in Struttura Intermedia si riduce quando l'intervento dell'assistente sociale si esplica tra 0-10 giorni; al contrario possiamo evidenziare una buona parte di ospiti con una permanenza >90 giorni (6 ospiti su 15) seguiti dall'assistente sociale solo dopo 30 giorni. Inoltre, notiamo come le due categorie marginali, relative al periodo intercorso tra il ricovero e la presa in carico, siano totalmente divergenti l'una dall'altra, mettendo ulteriormente in risalto l'importanza dell'intervento dell'assistente sociale nel diminuire il periodo di permanenza.

È evidente che ogni caratteristica sia interna che esterna al paziente possa influenzare la durata maggiore del tempo di permanenza trascorso da un individuo in struttura intermedia. L'età avanzata, una ridotta autosufficienza,

la presenza o meno di una rete familiare, influiscono su un tempestivo ritorno della persona nel proprio ambiente di vita o per una collocazione in casa di riposo.

## **6. Conclusioni**

Dall'attività di ricerca svolta, si è potuto constatare come tra gli ospiti di lungo ricovero si evidenzino i seguenti fenomeni comuni: pazienti non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, soli, con un'età superiore ai 75 anni e spesso con problemi legati a fratture o deterioramento psichico. Questi tratti dovrebbero essere un segnale per le cure intermedie e, in particolare, per l'assistente sociale, al fine di attuare subito nuovi interventi anche con alleanze con altre forze sociali e professionali, soluzioni efficaci e innovative sempre rispettose della persona e del suo diritto ad autodeterminarsi.

Dunque, possiamo dire che ciò che è emerso dalla ricerca a proposito delle caratteristiche personali, di contesto familiare e di cura del collettivo di individui, sono elementi che si intrecciano e non si escludono reciprocamente. Inoltre, si ritiene fondamentale per un buon funzionamento della rete territoriale dei servizi a favore dell'attivazione della rete degli utenti, una linea guida che favorisca la normale e corretta azione di tutte le figure professionali coinvolte all'interno della Struttura.

L'elemento preminente, che apre maggiormente a una riflessione, è la funzione svolta dall'assistente sociale all'interno di un contesto "ponte" quale quello della Struttura Intermedia, ruolo professionale che andrebbe inserito all'interno di un nuovo protocollo, da attivare ad ogni nuovo ricovero, per poter fin da subito procedere ad un'analisi sociale e non solo medica al fine di individuare tempestivamente le situazioni più complesse e rispondere al meglio ai bisogni dell'utenza. L'agire quotidiano nel contatto con l'utenza rappresenta uno degli elementi chiave del lavoro dell'assistente sociale che opera nel territorio promuovendo il benessere e l'autonomia individuale, sostenendo le politiche sociali integrate e stimolando la capacità di resilienza della persona nell'affrontare le difficoltà e i cambiamenti attraverso l'attivazione d'interventi multidisciplinari, così come riportato in alcuni articoli del codice Deontologico Professionale.

L'assistente sociale è, infatti, chiamato a sostenere l'anziano e la famiglia nel processo di ricostruzione di nuovi significati e possibilità, divenendo parte integrante dell'esperienza di cambiamento come supervisore (Campari e Parisi, 2002).

## Riferimenti bibliografici

- Campari A., Parisi G. (2002), *Assistenti Sociali e famiglie caregiver*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», 8, pp. 17-20.
- De Toni A., Giacomelli F., Ivis S. (2010), *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*, Utet, Torino.
- Di Nicola P. (2008), *Famiglia: sostantivo al plurale*, FrancoAngeli, Milano.
- Heron C. (2002), *Aiutare i carer. Il lavoro sociale con i familiari impegnati nell'assistenza*, Erickson, Trento.
- Trabucchi M. (2005), *I vecchi, la città e la medicina*, il Mulino, Bologna.



## *Notizie sulle Autrici e sugli Autori*

*Chiara Bernardi* ha conseguito la laurea triennale in Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova. Ha lavorato nell'ambito delle risorse umane ed è attualmente imprenditrice.

*Eleonora Calzamatta* ha conseguito la laurea triennale in Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova. Lavora come assistente sociale presso il Servizio fragilità del Comune di Cinisello Balsamo (Mi), dove si occupa di persone anziane e con disabilità.

*Anna Dal Ben* ha conseguito la laurea triennale in Servizio Sociale e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova e il dottorato di ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale presso l'Università di Verona. Attualmente è assegnista di ricerca presso l'Università di Padova, dove insegna Tecniche e Metodologie del Servizio Sociale II al corso di laurea triennale in Servizio sociale. Si occupa delle pratiche e dei processi decisionali nel servizio sociale, con attenzione alle famiglie biologiche e sociali e ai minori coinvolti.

*Francesca Daniele* ha conseguito la laurea triennale in Servizio Sociale presso l'Università Ca' Foscari di Venezia e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova. Attualmente è assistente sociale dipendente di un Ente Locale e di una Cooperativa sociale presso due Comuni di medie e piccole dimensioni della provincia di Vicenza.

*Marinella Fanti* ha conseguito la laurea triennale in Servizio Sociale e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova. Lavora come assistente sociale nell'Area Minori di un ente pubblico locale in Trentino. Dal 2018 ha avuto diverse collaborazioni di ricerca con l'Università di Padova e l'Università di Trento, soprattutto nell'ambito della pedagogia sperimentale.

*Fabio Filippo* ha conseguito la laurea triennale in Scienze Politiche, Relazioni Internazionali e Diritti Umani e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova. Attualmente lavora come assistente sociale presso Casa Albergo per anziani di Lendinara, dove si occupa anche dei servizi domiciliari offerti dalla struttura.

*Petra Masiero* ha conseguito la laurea triennale in Servizio Sociale e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università Padova. Attualmente lavora come assistente sociale - *Case Manager* all'interno dell'equipe Reddito di Cittadinanza nell'area del veneziano.

*Daniele Nigris* è professore associato di Sociologia generale presso l'Università di Padova. È presidente del Corso di Laurea Magistrale in Scienze del Governo e Politiche Pubbliche e Direttore del Corso di alta formazione NO.S.POL – Nozioni e strumenti per il politico. Insegna Analisi dei contesti e dei legami sociali al Corso di Laurea Triennale in Servizio sociale e Etnografia e analisi di comunità al Corso di Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale. È epistemologo della ricerca sociale e sociologo della medicina.

*Chiara Pattaro* è professoressa associata di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Università di Padova, dove insegna Sociologia delle relazioni interculturali al Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale e Analisi del mutamento socio-culturale al Corso di Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale. I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente i processi educativi e di socializzazione, con particolare riferimento ai temi dell'identità e dei media digitali, oltre che alla formazione e alla costruzione dell'identità professionale nel servizio sociale.

*Anna Schiavon* ha conseguito la laurea triennale in Servizio Sociale e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università di Padova.

*Barbara Segatto* è professoressa associata di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Università di Padova, ed è Presidente del Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale, dove insegna Sociologia della Famiglia e dell'Infanzia; inoltre insegna Cultura e Progettazione dei Servizi Sociali al Corso di Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale. Si occupa delle trasformazioni della famiglia, con particolare attenzione alla genitorialità biologica e sociale e della valutazione delle pratiche di servizio sociale in questi specifici contesti.

*Anna Serbati* è ricercatrice (RTDa) di Pedagogia Sperimentale presso l'Università di Padova, dove insegna Valutazione della formazione e bilancio di competenze. Si occupa di ricerca su sistemi e processi di riconoscimento, validazione e certificazione delle competenze e di valutazione degli apprendimenti, con particolare riferimento alla valutazione tra pari. Tra i suoi interessi scientifici rientrano anche la valutazione della didattica e formazione alla docenza universitaria.

*Simona Summo* ha conseguito la laurea triennale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università degli Studi di Bari e la laurea magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università degli Studi di Padova. Attualmente lavora presso una comunità socio educativa che accoglie adulti in condizione di vulnerabilità.

*Alessio Surian* è professore associato di Didattica e Pedagogia Speciale presso l'Università di Padova, dove insegna Dinamiche comunicative al Corso di Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale. Tra i suoi ambiti di ricerca vi sono i vissuti e le osservazioni delle persone e del personale coinvolti nei servizi sociali, con particolare attenzione per i temi della diversità culturale e dei processi partecipativi.

---

## Politiche e servizi sociali

---

### ULTIMI VOLUMI PUBBLICATI:

PASQUALE ADESSO (a cura di), *Affidamento familiare*. Profili fiscali, contributivi, ISEE e amministrativi (disponibile anche in e-book).

LUCREZIA MOLLICA (a cura di), *Un figlio è per sempre*. Riflessioni sulla tutela della continuità degli affetti (disponibile anche in e-book).

SILVIA ALICANDRO, ISABELLA BUZZI (a cura di), *I figli al centro*. Famiglie e mediatori insieme (E-book).

CHIARA CAVINA, ERIKA FUMASONI, LINA PORTA (a cura di), *Il consultorio familiare c'è*. Esperienze, strumenti concettuali e operatività (disponibile anche in e-book).

FABIO LUCCHINI, *Il gioco d'azzardo problematico*. Politiche e impatti sociali.

ANDREA ARMOCIDA, MARZIA MARZAGAGLIA, MONIA ANDREANI, FRANCESCA MAGLI, CRISTINA CATTANEO, *Rifugiati nella rete*. Dall'accoglienza alla cura (disponibile anche in e-book).

MICHELE GRISONI, MANUELA COLOMBERO (a cura di), *Linee guida e buone prassi per il Corso di base per mediatore interculturale* (disponibile anche in e-book).

GIAN PIERO TURCHI, MICHELE ROMANELLI, *Flussi migratori, comunità e coesione sociale*. Nuove sfide per la mediazione (disponibile anche in e-book).

CAM CENTRO AUSILIARIO PER I PROBLEMI MINORILI (a cura di), *Nuove sfide per l'affido*. Teorie e prassi (disponibile anche in e-book).

GALLIANO COCCO, ANTONIO TIBERIO, *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito sociosanitario*. Comunicazione, lavoro di gruppo e team building.

GABRIELE MANELLA, FRANCESCA MANTOVANI, MARIA RESCIGNO, *Accoglienza e integrazione*. Una sfida per il lavoro sociale (E-book).

PATRIZIA GATTI, GIUSEPPE PALLADINO (a cura di), *Interdisciplinarietà e tutela dei minorenni*. Riflessioni teoriche ed esperienze pratiche.

TIZIANA TESAURO, *Trame*. Il teatro sociale e la formazione degli operatori socio-sanitari (disponibile anche in e-book).

FRANCESCA MAZZUCHELLI (a cura di), *Essere anziani oggi*. Riflessioni su invecchiamento e morte (disponibile anche in e-book).

CLAUDIA CAVAZZA, ROBERTA PERDUCA, SILVIA ZANDRINI, *Adolescenti autori di reato*. Il percorso psico-sociale in ambito istituzionale (disponibile anche in e-book).

GIANMATTEO SECCHI, *Tutela minorile e processi partecipativi*. Promuovere collaborazione tra famiglie e servizi sociali (disponibile anche in e-book).

CHIARA MORTARI, FRANCESCA BARALDI (a cura di), *Abitare e vivere nella società complessa*. Azioni e nuove frontiere del welfare che cambia (disponibile anche in e-book).

GABRIELLA FERRARO BOLOGNA, MARIA GRAZIA GUALTIERI, *Costruire resilienza insieme*. Un modello formativo per promuovere il cambiamento in un gruppo di lavoro (disponibile anche in e-book).

MAURIZIO COLLEONI (a cura di), *Immaginabili Risorse*. Disabilità, cittadinanza, coesione sociale (disponibile anche in e-book).

ENZO MIRARCHI, FABIO SBATTELLA, *Adolescenti in connessione*. Un modello flessibile di presa in carico educativa (disponibile anche in e-book).

ALICE DONDI, ANNARITA ARGENTO, *La relazione psicosociale in adozione*. Criteri e strumenti per la valutazione (disponibile anche in e-book).

CRISTIANO GORI (a cura di), *L'alternativa al pubblico?*. Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale (disponibile anche in e-book).

MARGHERITA DI VIRGILIO, IRVEN MUSSI (a cura di), *Manuale per Oss e Asa (Operatori Socio-Sanitari e Ausiliari Socio-Assistenziali)*. Formazione in campo assistenziale, sociale e sanitario.

LUCA ZAPPI, *Un teatro necessario*. Indagine sociale sull'impatto del teatro nelle situazioni di post coma (disponibile anche in e-book).

CLAUDIA RICCO (a cura di), *Il legame adottivo*. Esperienze e intrecci relazionali tra desiderio, realtà e cambiamento.

ELISA CECCARELLI, MARGHERITA GALLINA, FRANCESCA MAZZUCHELLI, *Tutela sociale e legale dei minorenni*. Interpretazione e applicazione del diritto minorile (disponibile anche in e-book).

FRANCESCA MANTOVANI, *Laboratorio di guida al tirocinio in servizio sociale*. Formazione, conoscenza di sé e competenze professionali.

CHIARA CAVINA, SERENA CAVINA GAMBIN, DANIELA CIRIELLO (a cura di), *Incontrare persone LGB*. Strumenti concettuali e interventi in ambito clinico, educativo e legale (disponibile anche in e-book).

PASQUALE ADDESSO, *Affidamento familiare*. Profili fiscali, contributivi, ISEE e amministrativi (disponibile anche in e-book).

LUCA FAZZI, *Costruire politiche sociali*.

ORNELLA KAUFFMANN, DAVIDE MARIO MOTTO, STEFANIA BORGHETTI, ANTONIO MASTROENI (a cura di), *Esp in cammino*. L'Esperto in supporto tra pari in salute mentale tra conoscenza di sé e comprensione dell'altro (disponibile anche in e-book).

ANTONIO LAURIA, BEATRICE BENESPERI, PAOLO COSTA, FABIO VALLI, *Il Progetto ADA*. Un modello di intervento per l'autonomia domestica delle persone disabili (disponibile anche in e-book).

CARITAS AMBROSIANA, *Buon viaggio a tutti noi*. Riflessioni e proposte sulle migrazioni per vincere le paure (disponibile anche in e-book).

FRANCESCA GENZANO, VITO GARRAMONE, DOMENICO LIPARI, *La comunità di pratica dell'associazione italiana mediatori familiari*. Narrazioni, pratiche riflessive, produzione di conoscenza (disponibile anche in e-book).

MASSIMO RACCAGNI, *La pratica dell'educatore con disabile intellettivo*. Riabilitazione dell'etica professionale nella valutazione e negli atelier (disponibile anche in e-book).

LUCA FAZZI, *Teoria e pratica del servizio sociale: un'introduzione*.

MAURIZIO COLLEONI (a cura di), *Immaginabili risorse*. Il valore sociale della disabilità (disponibile anche in e-book).

# Vi aspettiamo su:

[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE  
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,  
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:  
teorie e tecniche

Didattica, scienze  
della formazione

Economia,  
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,  
territorio

Informatica, ingegneria  
Scienze

Filosofia, letteratura,  
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,  
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche  
e servizi sociali



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835115250

Questo   
LIBRO

 ti è piaciuto?

---

**Comunicaci il tuo giudizio su:**  
[www.francoangeli.it/latuaopinione.asp](http://www.francoangeli.it/latuaopinione.asp)



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI  
SULLE NOSTRE NOVITÀ  
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835115250



**CONSULTATE IL NOSTRO CATALOGO SU WEB**

**www.  
francoangeli.it**

- Gli abstract e gli indici dettagliati di oltre **12.000 volumi** e 30.000 autori.



- I sommari dei fascicoli (a partire dal 1990) di oltre 90 riviste.

- La newsletter (via e-mail) **delle novità**.
- Il calendario di tutte le **iniziative**.
- La possibilità di **e-commerce** (per acquistare i libri o effettuare il download degli articoli delle riviste).

- Il **più ricco catalogo** specializzato consultabile in modo semplice e veloce.

- **Tutte le modalità di ricerca** (per argomento, per autore, per classificazione, per titolo, full text...) per individuare i libri o gli articoli delle riviste.



- FrancoAngeli è la **più grande biblioteca specializzata** in Italia.



- Una gamma di proposte per soddisfare le esigenze di aggiornamento degli studiosi, dei professionisti e della **formazione universitaria e post-universitaria**.



Nella costruzione della conoscenza e della pratica del servizio sociale, la ricerca scientifica si presenta come un elemento capace di apportare contributi in termini di conoscenza del contesto territoriale e dei problemi sociali, di supporto per la *decision making* e per l'orientamento delle politiche sociali e, non ultimo, nell'ambito della valutazione degli interventi. Nonostante la sua rilevanza, il ricorso alla ricerca non è ancora una pratica diffusa e radicata all'interno della professione e dei servizi sociali, con il rischio che vengano a mancare quegli spazi di riflessione capaci di contrastare le logiche meramente riparative sviluppando interventi innovativi e virtuosi in termini di efficacia e qualità. In questa direzione, nel Corso di laurea magistrale dell'Università di Padova, da anni vengono sperimentati percorsi di tirocinio di ricerca, durante i quali gli studenti sviluppano e realizzano ricerche empiriche all'interno dei servizi. Muovendo da questi presupposti, il volume, scritto a più mani da sociologi, pedagogisti e assistenti sociali, presenta alcuni contributi di ricerca, interessanti sia sul piano scientifico che in relazione alla pratica professionale, realizzati dai laureati magistrali in Scienze del Servizio Sociale, che hanno preso le mosse da questi percorsi di tirocinio.

**Chiara Pattaro** è professoressa associata di Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso l'Università di Padova, dove insegna Sociologia delle relazioni interculturali al Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale e Analisi del mutamento socio-culturale al Corso di Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale. Sui temi relativi al servizio sociale ha curato il volume *Dire e fare comunità. Servizio sociale, migranti e prospettive di partecipazione in Veneto* e il volume *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione* (insieme a Daniele Nigris).

**Barbara Segatto** è professoressa associata presso l'Università di Padova e presidente del Corso di Laurea in Servizio Sociale, dove insegna Sociologia della Famiglia e dell'Infanzia; insegna, inoltre, Cultura e Progettazione dei Servizi Sociali al Corso di Laurea Magistrale in Innovazione e Servizio Sociale. Sui temi relativi al servizio sociale è autrice del volume *Decisioni Difficili. Bambini, Famiglie e Servizi Sociali* (con Anna Dal Ben) ed ha curato il volume *L'ingiusta distanza. I percorsi dei minori stranieri non accompagnati dall'accoglienza alla cittadinanza* (insieme a Diego di Masi e Alessio Surian).