

DECISIONI DIFFICILI

Bambini, Famiglie e Servizi Sociali

Barbara Segatto, Anna Dal Ben

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

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

DECISIONI DIFFICILI

Bambini, Famiglie e Servizi Sociali

Barbara Segatto, Anna Dal Ben

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS

La pubblicazione di questo volume è stata possibile grazie al contributo dei fondi di Dotazione Ordinaria della Ricerca del Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali (SPGI) dell'Università degli Studi di Padova

Copyright © 2020 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-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

Introduzione	pag.	7
1. All'origine della tutela: il fenomeno del maltrattamento sui minori di <i>Barbara Segatto e Chiara Greco</i>	»	11
1. Cenni storici	»	11
2. Legislazione internazionale a difesa dei diritti dei minori	»	13
3. Definizione del maltrattamento	»	15
4. Epidemiologia del maltrattamento	»	24
2. La cura dei minori in Italia di <i>Anna Dal Ben e Serena Giacomini</i>	»	29
1. Nascita, sviluppo ed organizzazione dei servizi per il benessere e la protezione dei minori	»	29
2. Vantaggi e svantaggi della pluralità di forme di gestione	»	39
3. Prospettive emergenti nelle pratiche dei servizi per il benessere e la protezione dei minori	»	41
4. Il processo di intervento: la presa in carico del minore e della sua famiglia	»	45
3. Il decision-making nei servizi sociali di <i>Barbara Segatto, Anna Dal Ben e Serena Giacomini</i>	»	55
1. Prendere decisioni: un quadro concettuale	»	55
2. I fattori che influiscono sulle decisioni degli operatori	»	57
3. Il processo decisionale: caratteristiche e articolazione	»	65
4. Il decision-making nei casi di tutela dei minori	»	72

4. Una ricerca sui processi decisionali nei servizi di Tutela dei Minori di <i>Anna Dal Ben e Barbara Segatto</i>	pag.	83
1. Obiettivi e azioni	»	83
2. Metodologia	»	85
3. Risultati	»	94
Riflessioni conclusive	»	125
Riferimenti bibliografici	»	133

Introduzione

La tutela dei minori, nell'accezione dominante nel panorama nazionale ed internazionale, si compone di tutti quegli interventi di protezione attuati per salvaguardare, favorire e promuovere il benessere ed il corretto sviluppo di neonati, bambini e adolescenti. Tali interventi vengono realizzati in particolar modo attraverso l'azione dei servizi sociali dedicati alla protezione dell'infanzia, incaricati di agire ad attuazione di un preciso mandato del Tribunale per i Minorenni, solitamente di natura civile, funzionale a proteggere quei minori che vivono una condizione di pregiudizio a causa delle condotte attuate dai loro genitori o da coloro che ne hanno le funzioni vicarianti, e, contestualmente, a fornire il necessario aiuto e sostegno alla famiglia. Si tratta pertanto di servizi che «si trovano al crocevia di tre grandi sistemi» (Bertotti, 2010, p. 227) tra loro interdipendenti quali, la famiglia, il sistema di welfare e la magistratura e che, proprio per questo motivo, si configurano come i servizi più complessi e di difficile gestione da parte degli enti pubblici e degli operatori sociali. Gli interventi per tutelare i minori e supportare le loro famiglie appaiono però gravati da innegabili criticità, sia per le evidenti multiproblematiche delle situazioni affrontate, sia per la scarsità di risorse pubbliche a disposizione. (Segatto e Dal Ben, 2019).

Negli ultimi decenni la promozione della tutela dell'infanzia all'interno dei sistemi di welfare si è amplificata: gli Stati si interrogano sempre più frequentemente su quali siano le strategie migliori per garantire il benessere dei minori e proteggerli dal rischio di abusi, maltrattamenti e altri danni che posso subire. La sfida è quella di elaborare politiche sociali che proteggano i bambini senza oltrepassare il diritto alla genitorialità, alla privacy e alle modalità di vita che differenziano e caratterizzano ogni famiglia. L'importanza

che tali politiche assumono è fondamentale sia per la garanzia del rispetto dei diritti di cui i bambini sono oggi portatori, con attenzione alle convenzioni internazionali e alle leggi nazionali, sia per la posizione che i bambini ricoprono nella società attuale, certamente più significativa rispetto al passato. Per questo, da un lato, è possibile ipotizzare che l'espansione dell'attenzione per i sistemi di tutela possa corrispondere a un'implementazione dei sistemi di prevenzione e degli interventi precoci, dall'altro ad un'allargamento dei sistemi di controllo delle famiglie. Queste due implicazioni comportano certamente un cambiamento nelle dinamiche tra Stato, famiglie e bambini (Gilbert, Parton e Skivenes, 2011) ma appaiono anche imprescindibili dalla capacità di valutare e decidere dei professionisti che operano entro i servizi in questo specifico ambito.

Nei paesi nord europei, anglosassoni e negli Stati Uniti, sempre di più hanno preso avvio studi e ricerche finalizzati alla comprensione del decision-making degli operatori dei servizi sociali e, nello specifico, di coloro che prendono decisioni per la protezione dell'infanzia. Tali studi cercano di mettere in luce quali siano i fattori che incidono nelle scelte degli operatori e in che modo avviene la presa di decisione. I professionisti hanno, infatti, importanti margini di discrezionalità operativa, a cui le normative, pur variando da Stato a Stato, e entro gli stessi Stati da territorio a territorio, permettono di avere un *frame* di riferimento. La valutazione del rischio e delle competenze genitoriali, i tempi di azione, la scelta dell'intervento più idoneo, la costruzione e il mantenimento della relazione con il nucleo genitoriale, il controllo e il monitoraggio, sono gli oggetti quotidiani del processo decisionale degli assistenti sociali dei servizi di tutela, che devono garantire una presa in carico specifica per ogni situazione ma anche equità di trattamento ai minori e alle loro famiglie.

Il percorso che ha condotto alla realizzazione della ricerca e del volume parte proprio dalla volontà di comprendere come si articolano i processi che portano agli interventi di protezione dei bambini e di sostegno alle loro famiglie in Italia, dove le ricerche sul decision-making nel servizio sociale non si sono ancora sviluppate. La prima fase della ricerca, di natura qualitativa, realizzata tra il 2017 e il 2018, ha avuto come obiettivo la comprensione dell'organizzazione dei servizi di tutela e un'iniziale rilevazione dei fattori incidenti nei processi decisionali sulla base degli elementi emersi nelle ricerche internazionali, utilizzando la tecnica del focus group e coinvolgendo 22 assistenti sociali operanti nei servizi di tutela di 3 capoluoghi

di provincia della Regione Veneto (Segatto, Dal Ben e Giacomini, 2020, in press). I risultati ottenuti hanno evidenziato innanzitutto la presenza di plurime forme organizzative, sia rispetto alle figure professionali presenti nei servizi, sia rispetto al format di presa in carico. È emersa, inoltre, una forte discrezionalità operativa, connessa principalmente all'esperienza e alle caratteristiche personali del singolo professionista, alla rete con gli altri servizi presenti nel territorio, oltre che alla dimensione istituzionale. Questi primi risultati hanno portato a comprendere ancora di più la notevole importanza che riveste questa tematica, conducendoci ad analizzare ulteriormente il processo decisionale e le opinioni degli assistenti sociali sugli interventi più difficili nella tutela dei minori quali l'allontanamento, il collocamento in comunità residenziale, l'affido familiare e il rientro in famiglia di origine. È stata pertanto realizzata una seconda fase della ricerca, di natura quantitativa, che ha visto coinvolti 139 assistenti sociali della tutela dei minori.

Il volume, cercando di riunire gli studi e le ricerche presenti nel contesto nazionale e internazionale, si propone di offrire nella sua prima parte una cornice concettuale sui temi del maltrattamento, del funzionamento del sistema di protezione dell'infanzia in Italia, nonché delle caratteristiche e del processo che definiscono gli interventi nei progetti di aiuto nel servizio sociale. La seconda parte, attraverso la presentazione della ricerca sulle pratiche, gli atteggiamenti e le opinioni legate al processo decisionale degli assistenti sociali che si occupano di protezione dei minori, è finalizzata a fornire una lettura in chiave operativa sul decision-making, cercando sia di contribuire alle carenze di studi sul tema nel nostro Paese, sia di fornire al lettore una prima definizione dei fattori che agiscono sugli assistenti sociali nel momento in cui si trovano a prendere importanti decisioni che possono influire significativamente sulla vita dei minori e delle loro famiglie. Le *decisioni difficili* riguardano principalmente il decidere se allontanare temporaneamente un bambino dal suo nucleo di origine, per inserirlo in un ambiente di crescita più idoneo attraverso il collocamento in una comunità residenziale o con un percorso di affido familiare; oppure, il definire un progetto di supporto a favore della famiglia, mantenendo, nonostante la situazione di rischio presente, il minore nel suo contesto di origine; o, ancora, qualora le condizioni lo rendano necessario, il segnalare un caso all'autorità giudiziaria.

Prima di concludere questa breve introduzione, desideriamo ringraziare gli assistenti sociali che hanno collaborato alla ricerca, dedicandovi atten-

zione e una parte del proprio tempo, senza alcun riconoscimento formale ma per puro desiderio di contribuire agli studi di settore. È solo grazie a loro se la ricerca ha preso forma e il volume oggi esiste, ma ancora di più, è solo grazie a loro, e alla loro fiducia nel potere della ricerca, che gli studi in servizio sociale possono crescere anche nel nostro Paese fortificando la conoscenza e, ci auguriamo, la professione.

Pur essendo il presente lavoro, sia di ricerca che di scrittura, esito del continuo confronto delle due autrici, è opportuno chiarire che rispetto al primo capitolo, scritto da Barbara Segatto e Chiara Greco, i paragrafi 1 e 4 sono da attribuirsi a Chiara Greco, mentre i paragrafi 2 e 3 a Barbara Segatto. Rispetto al secondo capitolo, scritto da Anna Dal Ben e Serena Giacomini, i paragrafi 2 e 3 sono da attribuirsi a Anna Dal Ben, mentre i paragrafi 1 e 4 a Serena Giacomini. Per quanto riguarda il terzo capitolo, scritto da Barbara Segatto, Anna Dal Ben e Serena Giacomini, i paragrafi 1 e 3 sono da attribuirsi a Barbara Segatto, il paragrafo 4 ad Anna Dal Ben e il paragrafo 2 a Serena Giacomini. Infine, in merito al quarto capitolo, scritto da Barbara Segatto e Anna Dal Ben, il paragrafo 3 è da attribuirsi a Barbara Segatto, mentre i paragrafi 1 e 2 ad Anna Dal Ben. Introduzione e riflessioni conclusive sono state sviluppate insieme da Barbara Segatto e Anna Dal Ben.

1. All'origine della tutela: il fenomeno del maltrattamento sui minori

di *Barbara Segatto e Chiara Greco**

1. Cenni storici

Sin dai tempi antichi, in ogni luogo del mondo, si è realizzata la violenza nei confronti dei minori. Nel corso dei secoli i bambini sono stati vittime di prostituzione, oberati di lavoro e fisicamente maltrattati per una serie di motivi diversi. Secondo le regole egizie chi generava la vita era legittimato a toglierla in virtù di un principio di proprietà-appartenenza. Nell'Antica Grecia i genitori potevano liberamente uccidere i propri figli e agli anziani e ai saggi era concesso decretare la morte dei neonati malformati, considerati solo un peso per la società. Platone, Aristotele, Cicerone, Seneca, Plutarco, influenti figure della cultura greco-latina, approvavano e giustificavano la violenza nei confronti dei bambini, arrivando anche ad apprezzarne l'uccisione. Solo nel 374 d.C. la soppressione di un bambino venne considerata legalmente omicidio. Nell'Antica Roma, il padre deteneva il potere assoluto sul suo bambino potendo scegliere liberamente se ucciderlo, abbandonarlo o venderlo.

Nel 1858, Dickens iniziò la sua campagna per la protezione dell'infanzia con un intervento a sostegno del Great Ormond Street Hospital for Children di Londra raccontando in modo dettagliato la storia di un bambino conosciuto nei bassifondi di Edimburgo, morto a causa di una grave trascuratezza. Nel 1874, Etta Wheeler, un'infermiera, preoccupata per le urla che sentiva da tempo provenire dalla casa dei vicini e dopo aver visto una bambina di 8 anni chiusa fuori casa al freddo e senza vestiti, non

* Chiara Greco, assistente sociale, si è laureata magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università degli Studi di Padova.

riuscì più a sopportare la situazione ed entrò nell'abitazione trovando la bambina incatenata al letto con ematomi, ferite ed abrasioni su tutto il corpo. Le leggi dell'epoca non contemplavano la protezione dei minori vittime di maltrattamento così, non sapendo a chi rivolgersi, la signora Wheeler chiese aiuto alla Società per la protezione degli animali che esaminò il caso e intervenne salvando la bambina. Il caso di maltrattamento scoperto dalla signora Wheeler fece generare una serie di interventi organizzati per combattere il maltrattamento sui minori. Così, nel 1875, la Società per la prevenzione della crudeltà sui bambini (SPCC), sotto la guida di Elbridge Gerry, iniziò un impressionante movimento per la protezione dei bambini. La SPCC si occupava non solo di casi di abusi sui minori e di abbandono ma aiutava anche le donne e i bambini in difficoltà economiche o vittime di violenza familiare, fornendogli protezione (Miller-Perrin e Perrin, 2013).

Nel 1920, venne istituito il Child Welfare League of America (CWLA), una coalizione di centinaia di enti pubblici e privati che si occupavano di bambini e famiglie vulnerabili. A metà degli anni quaranta, alla Columbia University, John Caffey, un professore di radiologia, osservò che le radiografie di alcuni bambini mostravano inspiegabili fratture multiple. Egli notò anche un aumento del numero di vittime con ematoma subdurale (raccolta di sangue sotto il cranio). Caffey quindi sospettò che questi traumi fossero stati in qualche modo inflitti dai genitori dichiarando i propri sospetti. Nel 1962, Henry Kempe, presidente del Dipartimento di Pediatria alla Scuola di Medicina dell'Università del Colorado, dopo aver contribuito a formare una delle prime squadre di protezione del bambino presso l'Ospedale Generale del Colorado a Denver (Myers, 2011), insieme ad alcuni colleghi, pubblicò nel «Journal of American Medical Association» l'ormai famoso articolo intitolato *The battered child syndrome*. Kempe e colleghi misero in luce una grave condizione clinica, causa frequente di lesioni permanenti o morte, che si presentava nei bambini vittime di abusi fisici, generalmente compiuti da parte di uno o entrambi i genitori. Tale sindrome deve essere considerata in ogni bambino con evidenti fratture ossee, ematomi subdurali, ritardo di crescita, ecchimosi oppure quando il grado e il tipo di pregiudizio è in contrasto con la storia raccontata circa il verificarsi del trauma (Kempe *et al.*, 1962). Nel 1977, lo stesso Kempe e un corposo gruppo di colleghi, crearono l'*International Society for the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect* con la finalità di sostenere le strutture e le organizzazioni che operano in favore dei bambini di tutte le nazioni per aiutarli a svi-

lupparsi fisicamente, mentalmente e socialmente in un ambiente sano e, soprattutto, di promuovere la protezione di tutti i bambini in ogni paese contro ogni forma di crudeltà e sfruttamento. Questa organizzazione continua ancora oggi a sostenere sia gli impegni in materia di maltrattamento, sia le attività di ricerca, in gran parte attraverso la pubblicazione del «Journal of Child Abuse and Neglect».

2. Legislazione internazionale a difesa dei diritti dei minori

Dal punto di vista giuridico i pilastri legislativi che hanno segnato i passi verso una cultura dei diritti dei minori, e conseguentemente della loro tutela, sono tre (Cascone *et al.*, 2014):

- ✓ la *Dichiarazione di Ginevra sui diritti del bambino*, adottata dalla Società delle Nazioni nel 1924, presenta sommariamente alcuni diritti ritenuti fondamentali per lo sviluppo del bambino e chiede alle comunità di provvedere all'applicazione di tali diritti. Tale documento, che precede di più di venti anni la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, non è però ancora concepito come strumento atto a valorizzare il bambino in quanto titolare di diritti ma solo in quanto destinatario passivo di essi. Inoltre, non si rivolge agli Stati per stabilire degli obblighi, ma chiama in causa più genericamente l'umanità intera affinché garantisca protezione ai minori. La Dichiarazione di Ginevra ha dunque un impianto sostanzialmente assistenzialista, teso ad affermare le necessità materiali e affettive dei minori;
- ✓ la *Dichiarazione dei diritti del fanciullo*, adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1959. Questa Dichiarazione include una serie di diritti in precedenza non previsti tra i quali il divieto di ammissione al lavoro per i minori che non abbiano raggiunto un'età minima e il divieto di impiego dei bambini in attività produttive che possano nuocere alla sua salute o che ne ostacolino lo sviluppo fisico o mentale. La Dichiarazione del 1959 inoltre identifica, per la prima volta, il minore, al pari di qualsiasi altro essere umano, come soggetto di diritti. Riconosce inoltre il principio di non discriminazione e quello di un'adeguata tutela giuridica del bambino sia prima che dopo la nascita. Ribadisce il divieto di ogni forma di sfruttamento nei confronti dei minori e auspica l'educazione dei bambini alla comprensione, alla pace e alla tolleranza;

- ✓ la *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo* (*Convention on the Rights of the Child, CRC*), adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni nel 1989, si differenzia dalle prime due Dichiarazioni che non erano vincolanti né per gli Stati, né per i cittadini, trattandosi di semplici enunciazioni di diritti (Moro, 2008). La CRC si propone invece come uno strumento che, attraverso la procedura di ratifica da parte degli Stati, li vincola a non adottare nessun'altra legislazione o apportare modifiche alle norme nazionali che risultino in conflitto con quelle espresse nella Convenzione stessa. La CRC è composta da 54 articoli ed ha introdotto cambiamenti significativi riguardanti la cultura dei diritti dei minori, come ad esempio, considerare i minori come veri soggetti di diritto, ed è nota come il trattato delle quattro *P*: prevenzione, protezione, promozione e partecipazione (Cascone, p.14, 2014). Uno dei principi fondamentali della Convenzione è espresso dall'articolo n. 3 il quale recita: «In tutte le decisioni riguardanti i fanciulli che scaturiscano da istituzioni di assistenza sociale, private o pubbliche, tribunali, autorità amministrative o organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve costituire oggetto di primaria considerazione». La Convenzione prevede inoltre la costituzione di un organismo, denominato *Comitato sui diritti del fanciullo*, che ha il compito di controllare lo stato di attuazione della CRC. Attualmente, 196 Paesi hanno ratificato la Convenzione (alcuni con riserve o interpretazioni dichiarate). Ciò include tutti i membri delle Nazioni Unite (tranne gli Stati Uniti che risultano solo firmatari), oltre alle Isole Cook, Niue, lo Stato della Palestina e la Città del Vaticano. L'Italia ha ratificato la CRC tramite la Legge 176 nel 1991.

A livello internazionale sono inoltre da ricordare la *Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* e le *Linee guida per una giustizia a misura di minore*. Infine, nel panorama europeo è da annoverare:

- ✓ la *Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli* del 1996, firmata a Strasburgo il 25 gennaio 1996 ed entrata in vigore il 1° luglio 2000. Oggetto della Convenzione del Consiglio d'Europa è la promozione, nell'interesse superiore dei bambini, dei loro diritti, nonché la concessione di diritti procedurali, in modo che i minori possano partecipare ai procedimenti giudiziari che li riguardano. Ritenuta complementare alla CRC, è tesa ad affinare gli strumenti in particolare riguardo al diritto del minore ad esprimere liberamente la sua opinione in ogni que-

stione che lo riguarda e di essere ascoltato in ogni procedura giudiziaria e amministrativa che lo concerne (art. 12, CRC). Nonostante la Convenzione specifichi che i procedimenti giudiziari in oggetto sono quelli attinenti al diritto di famiglia, nella stessa si auspica che gli Stati applichino i diritti sanciti nel modo più ampio possibile facendo in modo che i minori possano, essi stessi o tramite altre persone od organi, essere informati e autorizzati a partecipare a tutti i procedimenti che li riguardano dinanzi ad un'autorità giudiziaria. In Italia la Convenzione è stata ratificata con la Legge 77, del 20 marzo 2003;

- ✓ la *Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei minori contro l'abuso sessuale e lo sfruttamento*, firmata a Lanzarote il 25 ottobre 2007 e entrata in vigore il 1° luglio 2010. La Convenzione è il primo trattato internazionale che definisce e criminalizza, considerandole reati penali, le diverse forme di abuso sessuale sui minori. Oltre alle forme di abuso sessuale più diffuse e conosciute quali, l'abuso sessuale intrafamiliare, la violenza sessuale, la prostituzione infantile, la pedopornografia, la partecipazione coatta di bambini a spettacoli pornografici, la Convenzione disciplina anche i casi di *grooming* (adescamento attraverso internet) e di turismo sessuale. Essa è stata aperta alla firma sia degli Stati membri del Consiglio d'Europa sia degli Stati non membri che hanno partecipato alla sua redazione, come anche della Comunità europea. L'Italia ha ratificato la Convenzione nel 2012 attraverso la Legge 172.

3. Definizione del maltrattamento

L'identificazione del maltrattamento interessa numerose e diverse discipline, incluse quelle che riguardano l'intervento dei servizi sociali, le decisioni legali, la difesa dei diritti dei bambini, la salute mentale, per questo risulta alquanto difficile ottenere una definizione univoca. Da un punto di vista propriamente teorico, quindi, uno degli aspetti di maggiore interesse di questo ambito di studio riguarda la possibilità di sviluppare teorie esplicative accurate e di vasta portata sull'eziologia del maltrattamento e sulle possibilità evolutive dei bambini maltrattati che forniscano, allo stesso tempo, una base conoscitiva specifica dalla quale partire per pensare a forme di intervento e di prevenzione (Aber *et al.*, 1989).

Il maltrattamento sui minori comprende qualsiasi atto commesso o omesso da un genitore, tutore o qualsivoglia adulto, che risulti un danno (reale, potenziale o evolutivo) per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino (Gilbert *et al.*, 2009). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), si configura una condizione di abuso e di maltrattamento allorché i genitori, tutori o persone incaricate della vigilanza e custodia di un bambino, approfittino della loro condizione di privilegio e si comportino in contrasto con quanto previsto dalla CRC che nel 1° articolo definisce bambino qualsiasi essere umano d'età inferiore ai 18 anni, indipendentemente dal termine del raggiungimento della maggiore età, e all'articolo 19 specifica che tutti bambini devono essere protetti da «ogni forma di violenza fisica o mentale, lesioni o abusi, abbandono o trattamento negligente, maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale» (WHO, 1999). Secondo il Consiglio d'Europa (1978), il maltrattamento si concretizza ne «gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di terzi». Il *National Center of Child Abuse and Neglect* nel 1981 dichiarava abuso al minore «una situazione di maltrattamento infantile in cui, attraverso atti intenzionali o disattenzione grave nei riguardi dei bisogni di base del bambino, il comportamento di un genitore o di un sostituto o di altro adulto che del bambino si occupa, abbia causato danni o menomazioni che potevano essere previsti ed evitati o abbia contribuito materialmente al prolungamento o al peggioramento di un danno o di una menomazione esistenti». La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), precisa inoltre che «il maltrattamento può concretizzarsi in una condotta attiva (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) o in una condotta omissiva (incuria, trascuratezza, abbandono) e l'assenza di evidenze traumatiche nel fisico non può escludere l'ipotesi di maltrattamento» (SINPIA, 2007).

Nel marzo 1999 a Ginevra, durante la Conferenza denominata *Consultation on Child Abuse Prevention*, si è raggiunto un accordo sulla definizione di maltrattamento intendendolo come «comprensivo di tutte le forme di abuso fisico e/o psico-emozionale, di abuso sessuale, di trascuratezza o di trattamento negligente, di sfruttamento commerciale o l'assenza di azioni e cure, con conseguente danno reale, potenziale od evolutivo alla salute, alla

sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del minore nel contesto di un rapporto di responsabilità, di fiducia o di potere» (WHO, 1999).

3.1. Tipologie di maltrattamento

Il termine maltrattamento infantile, *child abuse*, si è dunque ampliato divenendo onnicomprensivo di tutte le forme di abuso, da quelle più strettamente fisiche a quelle di tipo emotivo, così come da quelle attive a quelle omissive. Oggi le diverse forme di abuso all'infanzia comprendono le seguenti condotte: maltrattamento fisico; maltrattamento psicologico; patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura); abuso sessuale; violenza assistita.

Va precisato, inoltre, che raramente il bambino abusato subisce una sola e specifica forma di abuso ma, più comunemente, nel corso della sua vita sperimenta, anche contemporaneamente, più tipi di abuso (Montecchi, 2011).

3.1.1. Maltrattamento fisico

Il maltrattamento fisico può essere definito come la condizione che si verifica quando i genitori, o qualunque persona in posizione di responsabilità, potere o fiducia nei confronti del bambino, eseguono lesioni fisiche rischiando di provocare un grave danno per la salute e la sopravvivenza del minore (SINPIA, 2007). Da un'indagine svolta nel 2012 dal Centro Nazionale di ascolto di Telefono Azzurro è risultato che il 7,7 % dei contatti sulle linee di supporto erano relative a segnalazioni di problematiche di maltrattamento fisico.

L'abuso fisico può assumere diverse forme e modalità di attuazione tra cui scuotimento, punzonatura, soffocamento o qualsiasi atto che possa causare danni tali da richiedere l'intervento di specialisti. Dal punto di vista dell'obiettività clinica, la violenza fisica è la più semplice da diagnosticare rispetto alle altre forme di maltrattamento. È importante sottolineare che il medico, però, non può, e non deve, limitarsi alla cura delle lesioni riportate bensì realizzare un'anamnesi sia personale che familiare e un esame obiettivo accurato in grado di far comprendere se la causa delle lesioni è accidentale o meno (Colesanti e Lunari, 1995).

I segni fisici più evidenti in un maltrattamento fisico sono: contusioni, ecchimosi, ematomi, cicatrici, ustioni, graffi, escoriazioni, etc. Gli ematomi, spesso, vengono inferti in zone del corpo nascoste dagli indumenti come, ad esempio, i glutei, le gambe e la schiena (Feldman, 1997). Quando si considerano i sintomi dell'abuso fisico (lesioni o danni psicologici) e le aspettative di recupero, bisogna tenere in considerazione diversi aspetti. La gravità, la frequenza, la cronicità e il periodo di sviluppo in cui si trova il bambino nel momento dell'abuso, risultano fondamentali nel definire il suo outcome di salute. Un ulteriore fattore riguarda l'identità del colpevole del maltrattamento e il tipo di rapporto che ha con il bambino (Barnett, Todd Manly e Cicchetti, 1995). Da un'indagine effettuata dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale, è risultato che la perpetratrice più frequente di abuso fisico nei confronti dei minori è la madre (25%), seguita dalla figura paterna (22%), dal compagno della madre (9%) e dalla baby-sitter (8%). Numerosi studi confermano che la frequenza e la gravità dei maltrattamenti è nettamente maggiore nei bambini sotto i 3 anni d'età e, inoltre, questi risultano essere estremamente vulnerabili e vittime di gravi lesioni come fratture o trauma cranico (Christian *et al.*, 1997).

Una grave forma di maltrattamento fisico sui minori è la *Shaken Baby Syndrome* (SBS), considerata tra le principali cause di morte nei minori vittime di abusi. Tale sindrome si verifica quando un bambino viene afferrato per il torace o per gli arti e scosso con forza fino a produrre, a livello del capo, bruschi e violenti movimenti di flessione ed iperestensione con meccanismo del tipo "colpo di frusta" e conseguente scuotimento della massa cerebrale. Negli Stati Uniti, si stimano ogni anno circa 1.300 casi di (SBS), ma uno studio condotto in North Carolina suggerisce che la reale incidenza può essere fino a 150 volte superiore rispetto ai casi realmente segnalati (Theodore *et al.*, 2005). Il rilevamento e la diagnosi della Sindrome del Bambino Scosso è spesso difficile, rendendo fondamentali gli sforzi verso l'attuazione di programmi di educazione rivolti ai genitori, che risultano fra le attività di protezione maggiormente efficaci per prevenire tale sindrome (Lundahl, Nimer e Parsons, 2006).

3.1.2. Maltrattamento psicologico

Secondo la definizione elaborata dall'*International Conference of Psychological Abuse of Children and Youth* (1983), il maltrattamento psicologico, ai danni di un bambino o di un adolescente, consiste in atti di omissione o nell'esecuzione di azioni che, sulla base delle combinazioni degli standard culturali e delle conoscenze scientifiche, sono considerati dannosi sul piano psicologico. Tali azioni possono essere commesse individualmente o collettivamente da persone che per le loro caratteristiche (età, status, conoscenza, ruolo, etc.) si trovano in una posizione di potere e autorità verso il bambino, tale da renderlo vulnerabile. Si tratta di pratiche o di atteggiamenti che compromettono in modo immediato o a lungo termine il comportamento, lo sviluppo affettivo, le capacità cognitive o le funzioni fisiche del bambino (Cesa Bianchi e Scabini, 1991).

Le definizioni che si focalizzano sui comportamenti dei genitori includono molte azioni che possono essere considerate psicologicamente maltrattanti tra cui: denigrare, ignorare, sfruttare, corrompere, non riconoscere l'individualità del bambino, non promuovere l'adattamento sociale, isolare, rifiutare, terrorizzare, aggredire verbalmente e minacciare (Glaser, 2002). Uno studio condotto da Straus e Field (2003), ha riscontrato che il 90% dei genitori ammette di aggredire psicologicamente i figli. O'Hagan (1995), ritiene che i diversi comportamenti negativi messi in atto dai genitori debbano essere considerati come delle risposte inappropriate e potenzialmente abusive, che quasi tutti i genitori possono infliggere ai propri figli.

Affinché questi comportamenti diventino abusivi e dannosi per lo sviluppo del bambino è necessario che vengano perpetrati in maniera ripetitiva e per lunghi periodi di tempo, in quanto le singole azioni isolate non costituiscono, di per sé, abuso emotivo o psicologico. L'esperienza maltrattante caratterizza intrinsecamente le relazioni: se, in un primo momento, le esperienze che questi bambini sono costretti a subire assomigliano molto a eventi traumatici improvvisi e sconcertanti, con il passare del tempo la regolarità con cui si presentano le trasformano in organizzazioni psichiche e comportamentali interiorizzate e patologicamente coerenti con il sé (Di Blasio, 2000). Depressione, mortificazione, umiliazione e vergogna, sono i sentimenti che provano più facilmente i bambini vittime di abuso psicologico. Le conseguenze possono variare in funzione di numerosi fattori, tra cui le caratteristiche dell'abuso (in termini di natura, intensità e durata),

l'età e lo stadio di sviluppo del bambino al momento in cui subisce la violenza, la presenza di fattori di rischio e di protezione individuali, familiari e sociali (Verrocchio e Miragoli, 2013).

Tra gli effetti a lungo termine del maltrattamento psicologico si riscontrano, in età adulta, problematiche psicologiche e psicopatologiche tra cui: depressione, ansia, sintomi di disturbo post-traumatico da stress, bassa autostima, disregolazione emotiva e comportamentale, conflitto interpersonale, scarse competenze sociali, somatizzazioni e un più alto rischio di psicopatologia in generale (Coates e Messnam-Moore, 2014; Evans, Steel e Di Lillo, 2013).

3.1.3. Patologie delle cure

Il termine patologia delle cure si riferisce all'inadeguatezza o l'insufficienza di cure fisiche e/o psicologiche fornite al bambino, in relazione al suo momento evolutivo, da parte di chi ne è responsabile legalmente. Le principali modalità di cure patologiche sono: l'incuria o trascuratezza, la discuria o ipercura (Montecchi, 2011).

Con il termine incuria si intendono tutte quelle situazioni attuate nei confronti di un minore quando non vengono ad esso garantite le condizioni e le cure essenziali per un sano sviluppo psico-fisico (igiene, nutrizione adeguata, educazione, etc.) (Wolock e Horowitz, 1984). Il *National Child Abuse and Neglect Data System* (2001) definisce la trascuratezza come una tipologia di maltrattamento che si riferisce al fallimento del genitore o del caregiver nel fornire le cure necessarie (condizioni igienico-sanitarie, abitazione, alimentazione, etc.) e la dimensione affettiva appropriata all'età del bambino, nonostante sia in grado di farlo. Il termine generico "trascuratezza" si può riferire a un ventaglio eterogeneo di condizioni che vengono comunemente suddivise in tre diverse tipologie: trascuratezza fisica, educativa e psicologica. Per trascuratezza fisica si intende il rifiuto o il ritardo nel fornire al bambino cure essenziali, lasciarlo solo e non accudirlo nei suoi bisogni primari (alimentazione, vestiario, cure igieniche). Dal punto di vista fisico, i bambini trascurati possono presentare ritardo della crescita con bassa statura (nanismo psicosociale), problemi odontoiatrici e oculistici, denutrizione o ipernutrizione, dermatiti, frequenti infortuni domestici che possono provocare l'ingestione di sostanze tossiche (Hobbs e Wynne,

2002; Berry, Charlson e Dawson, 2003). La trascuratezza educativa fa riferimento ad una situazione di dispersione scolastica cronica, per cui il bambino non viene iscritto alla scuola dell'obbligo o risulta assente da scuola almeno cinque volte al mese senza ragionevoli motivi. Tali bambini risultano maggiormente a rischio di avere uno scarso rendimento scolastico che li può portare a sperimentare fallimenti costanti (Kurtz *et al.*, 1993). Con il termine trascuratezza psicologica ci si riferisce a tutti gli atti o le omissioni attuate dal caregiver che possono portare il bambino a sviluppare disturbi del comportamento, cognitivi, emotivi o mentali come, ad esempio, insufficiente supporto emotivo, esposizione a violenza domestica e rifiuto o ritardo nel fornire cure psicologiche necessarie. Dal punto di vista psicologico, questi bambini possono manifestare un ritardo psicomotorio e del linguaggio, iperattività, disturbi dell'attenzione, pseudo insufficienza mentale, inibizione, demotivazione, stanchezza cronica, difficoltà nel rapportarsi con gli altri, mancanza di fiducia in sé stessi e negli altri (Montecchi, 2002).

Quando le cure vengono fornite al minore ma in maniera distorta e inadeguata rispetto alle sue necessità e ai bisogni evolutivi si può parlare di discuria, ne sono un esempio l'iperprotettività, le aspettative irrazionali e la richiesta di prestazioni non congrue alla sua età o al suo grado di maturazione. L'ipercura, invece, fa riferimento alla cura eccessiva dello stato fisico del bambino, caratterizzata da una persistente e dannosa medicalizzazione. Comprende tre forme cliniche fondamentali: la Sindrome di Münchhausen per procura, il *chemical abuse* e il *medical shopping* (Montecchi, 2011). Asher nel 1951, ha adottato per la prima volta il termine *Münchhausen's syndrome* per descrivere il caso di quelle persone che ricorrono continuamente a medici e a strutture ospedaliere lamentando sintomi o procurandosi fittiziamente segni di gravi malattie, sottoponendosi a indagini diagnostiche, cure mediche e ricoveri non necessari. Nel 1977 Meadow ha utilizzato l'espressione *Münchhausen Syndrome by proxy* per intendere la situazione in cui i genitori, o inventando sintomi e segni che i propri figli non hanno, o procurando loro sintomi e disturbi (per esempio somministrando sostanze dannose), li espongono ad una serie di accertamenti, esami, interventi che finiscono per danneggiarli o addirittura ucciderli. Il *chemical abuse* è l'abuso di sostanze chimiche (ad esempio farmaci) che, se somministrate in dosi eccessive, possono creare danni alla salute fisica e psichica del bambino. Il *medical shopping*, invece, si verifica quando uno o entrambi i genitori si rivolgono a numerosi medici per paura di una malattia croni-

ca o inguaribile, oppure per timore di disturbi fisici che il bambino in realtà non presenta. Questa forma è molto simile alla sindrome di Münchausen per procura ma mentre il *medical shopping* appartiene all'area delle nevrosi d'ansia e fobiche e quindi muove dal bisogno della persona di calmare le proprie preoccupazioni, la sindrome di Münchausen per procura rientra in quella delle psicosi quindi implica una compromissione dell'esame di realtà da parte dei soggetti e la presenza di disturbi del pensiero con deliri e allucinazioni (Montecchi, 2011).

3.1.4. Abuso sessuale

Con il termine abuso sessuale di minore ci si riferisce generalmente ad attività sessuali che implicano la stimolazione sessuale di un minorenne e possono, secondo Finkelhor (1994), essere distinte in attività con o senza contatto fisico. Nel primo caso, è possibile raggruppare le situazioni in cui si verifichi una penetrazione o anche un semplice contatto. Nel secondo caso, vanno raggruppate tutte quelle forme di *sexual abuse* come l'esibizionismo, il voyeurismo, il coinvolgimento del minore in attività pornografiche o anche l'esposizione ad un linguaggio erotizzato ed erotizzante. L'abuso sessuale infantile consiste nel coinvolgimento di minori, soggetti per definizione immaturi e psicologicamente dipendenti, in attività sessuali che essi non comprendono ancora completamente e alle quali non sono in grado di opporsi e reagire con piena consapevolezza. Rientrano pertanto in questa definizione gli episodi di pedofilia, stupro, incesto, abuso rituale e, più in generale, di sfruttamento sessuale (Sabatello e Di Cori, 2001). Secondo Jones e Morris (2007), è possibile distinguere, ulteriormente, diverse forme di abuso sessuale. In primo luogo, vi è l'abuso intrafamiliare in cui il perpetratore vive con la vittima o, comunque, è profondamente legato ad essa (nonni, zii, etc.). Questo tipo di abuso è il più diffuso e si svolge nell'arco di molti anni e, spesso, uno o entrambi i genitori ne sono a conoscenza ma decidono di tacere. Il secondo tipo è l'abuso sessuale extrafamiliare attuato, anche per molti anni, da una persona estranea alla famiglia (insegnante, babysitter, vicino di casa) e in questo caso, spesso, i genitori o i familiari ignorano completamente l'evento maltrattante subito dal minore. Infine, vi è l'abuso sessuale messo in atto una singola volta da una o più persone sconosciute dal bambino. Questa tipologia di abuso viene an-

che classificata come stupro o violenza sessuale ed è la forma più rara per quanto riguarda i minori perché, nella maggior parte dei casi, per riuscire ad effettuare un abuso sessuale il perpetratore deve riuscire ad instaurare un rapporto di fiducia con il bambino (LaFontaine, 1990).

L'esame clinico generale e l'esame obiettivo locale della zona genitale, perigenitale ed anale devono essere svolti con particolare attenzione per riuscire a rilevare qualsiasi sospetto riconducibile all'abuso sessuale. Tali segni possono essere: ecchimosi, abrasioni, escoriazioni, lesioni traumatiche della vulva, del perineo o della zona perianale, segni di malattie sessualmente trasmesse, tracce di sperma, dilatazione anale, etc. La diagnosi medico-legale di abuso sessuale presenta, però, delle oggettive difficoltà sia per la frequente assenza di segni fisici dell'abuso, sia per il ritardo nell'attuazione dell'esame obiettivo, che dovrebbe essere effettuato entro al massimo 72 ore dall'episodio di abuso (Facchin, 1998).

Gli effetti di un episodio traumatico come un abuso sessuale in età infantile interessano tutti gli ambiti della vita di una persona. Disturbi d'ansia e depressivi, disturbo post-traumatico da stress, disturbi del sonno, senso di vergogna e di inferiorità, bassa autostima, paura di contatti sessuali da un lato e promiscuità dall'altro, sono le manifestazioni più tipiche in età adulta (Malacrea, 2000).

3.1.5. Violenza assistita

Questa tipologia di maltrattamento fa riferimento ad esperienze indirette di violenza, ovvero ai casi in cui il bambino non viene coinvolto in prima persona ma è testimone di un abuso fisico o psicologico agito su figure di riferimento o su altre figure significative. Tale forma di maltrattamento può produrre effetti devastanti nella misura in cui la vittima diretta dell'abuso è costituita da una o più figure affettivamente rilevanti per il bambino, molto frequentemente i suoi genitori (CISMAI, 2006). Quando il contesto di abuso coinvolge i genitori, spesso il bambino "sceglie" di schierarsi a favore di uno dei due. In genere, le femmine tendono a immedesimarsi con la madre vittima e ad assumerne l'identità, sviluppando una forte percezione di non valere, una scarsa autostima, fragilità e insicurezza, cercando da adulte relazioni non paritarie e partner cui sottomettersi. Di solito i figli maschi tendono o a sognare di salvare la madre dai maltrattamenti subiti dal padre

identificato come figura negativa, oppure ad idealizzare la figura maschile come forte e potente fino ad arrivare a sviluppare relazioni affettive improntate al “dominio” della figura femminile, percepita come inferiore e quindi oggetto di disprezzo (Luberti e Pedrocco, 2005). Quindi non solo subire direttamente un abuso ma anche il solo assistere alla violenza, può generare nel minore una serie di conseguenze a breve, medio e lungo termine sul piano psicologico, comportamentale e relazionale.

Alcuni studi (Buka *et al.*, 2001), hanno riscontrato che livelli elevati di esposizione alla violenza hanno come possibili conseguenze nell’individuo difficoltà psicologiche, sociali, scolastiche, fisiche, fino allo sviluppo di condotte devianti e antisociali.

4. Epidemiologia del maltrattamento

4.1. Fattori di rischio e fattori protettivi

Prima di analizzare i fattori che incidono sul rischio potenziale di maltrattamento, però, è necessario tentare di definire il concetto di rischio. Si definisce rischio un qualsiasi evento, caratterizzato da incertezza, caos e disorganizzazione, da cui potrebbero derivare conseguenze o esiti dannosi (Cummings, Davies e Campbell, 2000). Si parla, quindi, di condizione di rischio quando il soggetto viene esposto ad esperienze avverse, di tipo cronico o acuto, che possono lentamente smorzare, distruggere o annientare fisicamente e psicologicamente, oppure irrompere nella vita delle persone in forma di eventi traumatici.

In generale, è possibile distinguere i fattori di rischio in 4 diverse categorie (Montecchi, 2011):

- ✓ *fattori culturali*: propensione alla violenza e alle punizioni, scarsa considerazione della famiglia come luogo di protezione, concezione delle istituzioni prevalentemente come fonte di aiuto economico, sfiducia e sospetto nei confronti dei servizi sociosanitari, vissuto persecutorio degli interventi sociali;
- ✓ *fattori sociofamiliari*: carenti supporti sociali, discriminazione razziale, isolamento sociale, difficoltà lavorative e/o abitativa, mancanza di rete familiare, famiglie monoparentali e/o multiproblematiche;

- ✓ *fattori individuali del bambino*: difficoltà biologiche o psicologiche in gravidanza, complicanze perinatali, separazione precoce dalla madre alla nascita, malattie croniche sia fisiche che psichiche, basso rendimento scolastico;
- ✓ *fattori genitoriali*: per questa categoria uno dei principali fattori del rischio di maltrattamento è costituito dall'aver subito abusi durante l'infanzia, si parla quindi di trasmissione intergenerazionale della violenza. Individui maltrattati durante l'infanzia saranno a loro volta a rischio di abusare fisicamente dei figli, poiché nel corso dello sviluppo non hanno conosciuto altre modalità educative (Coohey, 2006; Mersky *et al.*, 2009). Ulteriori fattori di rischio risultano essere la giovane età dei genitori o la forte differenza d'età, l'inversione dei ruoli, la violenza domestica, i conflitti di coppia, lo stress, i disturbi di personalità, la dipendenza da alcol e droga e la difficoltà di chiedere aiuto.

Va precisato come nessuno di questi fattori preso individualmente possa spiegare o determinare il comportamento maltrattante che è spesso l'esito di una interazione di più fattori tra loro.

Per quanto riguarda i fattori di protezione del bambino da azioni maltrattanti, le ricerche che sono state effettuate su tale tema risultano alquanto esigue. È possibile affermare che il maggiore e più importante fattore protettivo del bambino è la sua capacità di resilienza che può essere definita come «il processo che permette la ripresa di uno sviluppo possibile dopo una lacerazione traumatica e nonostante la presenza di circostanze avverse» (Malaguti, 2002). Anche un ambiente familiare supportante, buone capacità genitoriali nel crescere il proprio bambino, un'ideale condizione abitativa, un'occupazione stabile dei genitori, una buona relazione coniugale la capacità di riconoscere i bisogni dei figli, la possibilità di accesso ai servizi sanitari, l'inserimento del nucleo in reti sociali e la presenza nel territorio di comunità che supportino i genitori e si occupino di prevenire il maltrattamento, possono configurarsi come fondamentali fattori di protezione dal maltrattamento (U.S. Department of Health and Human Services *et al.*, 2010; Radolph, Fraser e Orthner, 2004).

4.2. Diffusione del maltrattamento

Pinheiro (2006) ha realizzato, a livello internazionale, uno degli studi più importanti sulla diffusione del fenomeno del maltrattamento. In questo studio è stata analizzata la natura e lo sviluppo della violenza sui bambini nei diversi tipi di contesto socio-relazionale: famiglia, scuola, istituti di accoglienza, strutture di detenzione, luoghi di lavoro e comunità locali. Dai dati è emerso che la violenza e gli abusi quotidiani sui bambini avvengono ovunque, in ogni nazione, ribadendo che nonostante alcune violenze si verificano in modo improvviso e isolato, la maggior parte sono commesse da persone affettivamente legate ai minori, come genitori, nuovi partner dei genitori, maestri, baby-sitter, ecc.

La violenza sui bambini, oltre che in ambito familiare, viene attuata anche a scuola, infatti, lo studio ha rilevato che tra il 20% e il 65% degli allievi risulta vittima di maltrattamenti fisici o verbali in ambiente scolastico.

Il *Global Status Report on Violence Prevention* (WHO, 2014) è il risultato di un lungo lavoro effettuato da 133 Paesi, con una copertura pari all'88% della popolazione mondiale.

Dal Rapporto, elaborato per fornire una stima mondiale del fenomeno della violenza in tutte le sue forme, si evince che:

- ✓ 1 adulto su 4 (25%) nel mondo è stato abusato fisicamente da bambino;
- ✓ il 36% degli adulti dichiarano di aver subito un abuso psicologico;
- ✓ 1 donna su 5 (il 20%) e 1 uomo su 10 circa (5-10%) ha subito abuso sessuale da bambino;
- ✓ 1 donna su 3 è stata vittima di violenza fisica o sessuale perpetrata dal proprio partner.

Secondo il rapporto annuale pubblicato negli Stati Uniti dal Dipartimento di Salute e Servizi Umani (2016), riferito all'anno 2014, sono pervenute ai servizi circa 3,6 milioni di segnalazioni che hanno coinvolto circa 6,6 milioni di bambini. Circa il 20% dei bambini segnalati (702.000) sono risultati vittime di abusi e trascuratezza, di cui 1.580 sono stati vittime di maltrattamenti mortali, con un tasso nella popolazione di circa 9,4 vittime ogni 1.000 bambini. La fascia di età maggiormente colpita è quella sotto l'anno di età, che ha avuto un importante incremento nel tempo, passando dal 21,7% dei casi del 2010, al 24,4% dei casi nel 2014. Sul totale delle vittime, l'84% appare vittima di trascuratezza, il 17% di maltrattamento fisico, l'8,3% di abuso sessuale e il 6% di maltrattamento psicologico. I geni-

tori risultano i principali perpetratori di maltrattamento nei confronti dei propri figli e in particolare: la madre nel 40,7% dei casi, il padre nel 20,5% ed entrambi i genitori nel 21,3%.

Nel 2013, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha elaborato *l'European Report on Preventing Child Maltreatment* nel quale si evince che in Europa, ogni anno, circa 850 bambini d'età inferiore ai 15 anni muoiono a causa di una o più forme di maltrattamento. Questa cifra risulta, probabilmente, sottostimata in quanto non tutte le morti per maltrattamenti vengono correttamente registrate. I dati, inoltre, mostrano alcune disuguaglianze nel territorio europeo infatti i tassi di mortalità infantile, provocata da maltrattamenti, si registrano maggiormente nell'Europa orientale. In Europa circa 18 milioni di bambini sono vittime di abuso sessuale (13,4% femmine e 5,7% maschi), 44 milioni sono vittime di maltrattamento fisico (22,9%) e 55 milioni di abuso psicologico (29,1%), senza una significativa differenza di genere.

In Italia non è ancora stato istituito un vero e proprio sistema nazionale in grado di stimare e sorvegliare il fenomeno del maltrattamento infantile, tuttavia, nel 2013 il CISMAI, rete italiana di centri e servizi pubblici e privati contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, e *Terre des Hommes*, organizzazione internazionale per la protezione dei bambini, hanno elaborato *l'Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti* con l'obiettivo di stimare il numero di minorenni in carico ai servizi sociali per ragioni legate a maltrattamenti e abusi. Lo studio ha coperto un bacino effettivo di 2,4 milioni di minori residenti in Italia (il 25% della popolazione minorile italiana) e si conferma, ad oggi, la prima ed unica esperienza statisticamente significativa di questo tipo mai realizzata nel nostro Paese. I dati hanno evidenziato che 47,7 minorenni su 1000 sono seguiti dai servizi: 457.453 bambini e ragazzi italiani hanno avuto bisogno di un intervento dei servizi sociali (50,2‰ maschi e 45,3‰ femmine). È stata effettuata anche una distinzione del dato fra le varie aree geografiche: 63,1 su mille al Nord, 44,5‰ al Centro e 30,5‰ al Sud. Per quanto riguarda il maltrattamento, nello specifico, in Italia sono presenti oltre 91 mila minorenni maltrattati e su mille quasi 10 hanno subito almeno una forma di maltrattamento (9,5‰ della popolazione minorile). Inoltre, ogni mille minorenni in carico ai servizi sociali circa 200 sono seguiti per maltrattamento. La trascuratezza materiale e/o affettiva risulta la forma di maltrattamento maggiormente sviluppata in Italia (47,7% dei bambini). A seguire possiamo

trovare la violenza assistita (19,4%), il maltrattamento psicologico (13,7%), la patologia delle cure (8,4%), il maltrattamento fisico (6,9%), l'abuso sessuale (4,2%) e altre forme di violenza non definite (1,2%). Per riuscire a capire il rapporto fra motivo di presa in carico da parte dei servizi sociali, forma di violenza e capacità di rilevazione da parte dei servizi stessi, sono stati conteggiati sia i minorenni presi in carico per maltrattamento, sia quelli la cui cartella è stata aperta per altre ragioni e poi risultati anche maltrattati. Nel caso dell'abuso sessuale (76,5%), il motivo di accesso al servizio è prevalentemente l'abuso. Al contrario, per la trascuratezza fisica e/o affettiva il dato è il più basso (59,8%) perché è frequente che la cartella sia aperta dai servizi sociali per ragioni diverse che fanno poi registrare anche la trascuratezza del minorenne.

Per concludere, facendo un confronto con altri Paesi del mondo, i dati mostrano per l'Italia un indice di prevalenza del maltrattamento pari al 9,5%, seppur di poco, più basso rispetto al 9,7 del Canada, l'11,2 dell'Inghilterra, il 12,1 degli Stati Uniti.

2. *La cura dei minori in Italia*

di *Anna Dal Ben e Serena Giacomini* *

1. **Nascita, sviluppo ed organizzazione dei servizi per il benessere e la protezione dei minori**

È solo durante il Rinascimento che inizia a svilupparsi anche in Italia un certo interesse, inizialmente di natura prettamente scientifica e in seguito morale e sociale, verso l'infanzia. Tale interesse porterà allo sviluppo d'iniziative private a sostegno dei minori in stato di necessità e, agli inizi del 1800, alla nascita del diritto di famiglia entro le codificazioni napoleoniche. In quest'ultime, bambini e ragazzi vengono visti come individui inferiori rispetto all'adulto e pertanto sottoposti alla famiglia, intestataria di funzioni di controllo nei confronti dei figli.

Il controllo sociale dell'infanzia, e in particolare della devianza minorile, sono alla base anche degli interventi attuati nei confronti dei minori durante il fascismo italiano. In questi anni si assiste, da un lato, alla creazione di grandi enti assistenziali con compiti di assistenza e prevenzione, quali ad esempio l'ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia) e, dall'altro, all'istituzione del Tribunale per i Minorenni (R.D.L. 1404/34), finalizzato alla repressione della devianza minorile.

La chiave di volta della protezione del minore è la Costituzione repubblicana (1948). Qui, il minore viene riconosciuto al pari dell'adulto, in quanto titolare di uno stesso insieme di diritti¹ ma contemporaneamente dif-

* Serena Giacomini, assistente sociale, si è laureata magistrale in Scienze del Servizio Sociale presso l'Università degli Studi di Padova.

¹ Cost. art. 2: «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale».

ferente da questo, in ragione della sua personalità in fieri e della sua necessità di ricevere protezione da soggetti terzi, in parte normata all'art. 30². Definendo quale obiettivo ultimo dello Stato la rimozione degli «ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana» (art. 3) e ponendo in capo alla Repubblica il compito di proteggere «la maternità, l'infanzia e la gioventù favorendo gli istituti necessari a tale scopo» (art. 31 c. 2), la Costituzione getta le basi per l'istituzione di un sistema di tutela minorile «globale (deve rispondere a tutte le necessità di assistenza) e universale (rivolto a tutti i minori, senza distinzione alcuna)» (Codini, Fossati e Luppi, 2017, p.139).

1.1. Il maltrattamento come questione sociale: la nascita dei centri specialistici

Nonostante le basi normative gettate dalla Costituzione repubblicana, è solo negli anni '80 che si assiste, in Italia, alla nascita del movimento di protezione dell'infanzia. Le ragioni di ciò risiedono, da un lato, nello sviluppo e diffusione di conoscenze scientifiche in materia di maltrattamento infantile e, dall'altro, nell'emersione di un sentimento di responsabilità collettiva nei confronti dei minori vittime di violenze familiari.

È proprio in questi anni che, anche nel nostro Paese, iniziano ad essere indagate le conseguenze del maltrattamento infantile e, contestualmente, ipotizzate possibili modalità d'intervento a favore delle vittime di tali violenze. Parallelamente allo sviluppo di conoscenze scientifiche specifiche, si diffonde presso l'opinione pubblica l'idea che il silenzio regnante sui maltrattamenti subiti dai minori e, più in generale, sulle violenze intrafamiliari, visti come “faccende private” e pertanto confinati entro le mura domestiche, dovesse essere superato e che tali problematiche, in ragione della loro natura “sociale”, dovessero essere pubblicamente affrontate, così da dare finalmente una qualche forma di giustizia e tutela alle vittime.

In questo contesto nascono, in particolare all'interno di realtà private, i primi esempi di centri specialistici ed iniziative dedicati al maltrattamento

² Cost. art. 30 cc. 1-2: «È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio. Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti».

infantile. È questo il caso del “Centro per il Bambino Maltrattato” (CBM) di Milano, fondato nel 1984 e incaricato dal Comune di Milano, l’anno successivo, della gestione di un servizio pubblico specializzato in diagnosi e interventi a favore dei minori maltrattati e delle loro famiglie. Il CBM di Milano adotta uno specifico modello processuale d’intervento e trattamento fondato sull’ipotesi, ben esplicita dall’affermazione «dietro un bambino maltrattato c’è una famiglia in crisi» (Cirillo, 1986, p. 18), che il maltrattamento infantile possa essere concepito quale manifestazione di una disfunzione familiare. Il modello, su cui sono stati articolati approcci successivi, rappresenta un’importante novità, in quanto unisce agli interventi di protezione del minore anche il sostegno e la cura delle relazioni familiari. Esso si articola in cinque fasi, scandite da dispositivi giudiziari dedicati (Bertotti, 2010):

- ✓ *rilevazione*: identificazione del grado di gravità e pericolo della condizione del minore;
- ✓ *protezione*: messa in sicurezza del minore vittima di violenza;
- ✓ *valutazione*: comprensione e modifica delle dinamiche familiari disfunzionali, causa della violenza subita dal minore, ed esperienza di nuovi modelli relazionali positivi;
- ✓ *prognosi*: può avere natura “positiva” o “negativa”, a seconda che siano state, o meno, valutate ed esperite possibilità di cambiamento durante la fase precedente;
- ✓ *trattamento*: costruzione di condizioni di benessere per il minore, che, in relazione a quanto emerso nella fase precedente, porterà al consolidamento dei cambiamenti esperiti (prognosi positiva) o all’individuazione di un contesto di vita alternativo per il minore (prognosi negativa).

L’attività del CBM rappresenta una novità anche dal punto di vista del coinvolgimento dell’autorità giudiziaria. Nella partecipazione della magistratura, che permette di realizzare “l’invio coatto” delle famiglie ai servizi specialistici, si concretizza la necessità e la possibilità di aiutare e sostenere anche quelle famiglie che non ricorrono spontaneamente ai servizi. Su stimolo di simili esperienze di partenariato tra servizi e magistratura, della riforma del diritto di famiglia (Legge 151 del 1975) e dell’attribuzione agli enti locali dell’esecuzione delle misure amministrative e civili (d.p.r. 616/77), il Tribunale per i Minorenni diventa quindi l’interlocutore privilegiato di questi primi servizi, dedicati alla protezione dei minori, con cui instaura un rapporto di collaborazione. Dal punto di vista metodologico, pro-

prio in questi anni all'interno dei servizi, iniziano ad essere sviluppati modelli e protocolli di valutazione basati sull'individuazione di fattori protettivi e di rischio, funzionali a facilitare gli operatori nell'individuazione e comprensione di variabili individuali e situazionali, connesse al verificarsi del maltrattamento (Fluke *et al.*, 2014). Si tratta di modelli ancora ad uno stato embrionale, ma che, in seguito a sistematizzazioni accademiche, godranno di grande risonanza nella letteratura di settore e nelle prassi operative.

I cambiamenti fino ad ora menzionati trovano una certa corrispondenza anche sul piano politico nazionale, nel quale, proprio in questi stessi anni, s'assiste ad un generale sviluppo delle politiche rivolte ad infanzia e famiglia. Significative, a tal proposito, sono la Legge 1044 del 1971, che istituisce gli asili nido; la Legge 405 del 1975, che istituisce i consultori familiari; la Legge 184 del 1983 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" (oggi "Diritto del minore ad una famiglia"³) e la Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (New York, 1989), in cui viene definito il principio cardine della "prevalenza dell'interesse superiore del minore"⁴. A tali importanti interventi di politica sociale è poi da aggiungersi, sul piano organizzativo, anche il graduale superamento dei grandi istituti nazionali dedicati all'assistenza dei minori, quali l'ONMI, e la progressiva territorializzazione dei servizi socio-sanitari, la cui gestione viene affidata agli enti locali e alle regioni tramite le Unità Sanitarie/Socio-Sanitarie Locali (ULS e ULSS poi divenute ASL⁵).

Nonostante il generale panorama d'innovazione normativa e culturale, nell'approccio generale alla protezione dei minori tende a permanere un sostanziale assistenzialismo, frequentemente declinato in interventi *in cash* e nell'istituzionalizzazione dei minori, il cui superamento avverrà nel decennio successivo.

³ Modifica introdotta con la Legge 149 del 2001.

⁴ L'interesse superiore del minore è da identificarsi nel suo poter godere di «un livello di vita sufficiente per consentire lo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale» (art. 27); del «miglior stato di salute possibile» (art. 24); «di un'educazione e una formazione lavorativa in funzione alle capacità» (art. 28) e «dell'essere protetto contro lo sfruttamento economico e non essere costretto ad alcun lavoro che comporti rischi, o che sia suscettibile di mettere a repentaglio la sua educazione, di nuocere alla sua salute o al suo sviluppo fisico, mentale, spirituale, morale e sociale» (art. 32).

⁵ Per semplificare la lettura da questo momento in avanti si userà solo il termine ASL. Si ricorda che sarà con la Legge 502 del 1992 che le ULS o ULSS si costituiranno in Aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, diventando così ASL, alla cui direzione vengono posti i direttori generali, nominati dalla Giunta Regionale.

1.2. Nascita e organizzazione dei servizi pubblici

La creazione di servizi pubblici dedicati alla tutela dei minori e, contestualmente, al lavoro per la recuperabilità delle famiglie d'origine si concretizza negli anni '90, in particolare all'interno delle ASL, secondo quanto stabilito da indicazioni regionali e/o accordi tra i singoli comuni e le stesse unità. In relazione al graduale decentramento amministrativo e all'attuazione dei contenuti della Legge 833 del 1978, è possibile individuare tre principali tendenze in materia di organizzazione sociale e sanitaria entro il panorama nazionale (Gori, 2004):

- ✓ integrazione socio-sanitaria, realizzata entro le ASL, e ampia delega a quest'ultime da parte dei comuni di funzioni socio-assistenziali, tra le quali spicca anche la tutela dei minori. Tale assetto caratterizza in particolare le regioni del centro-nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Umbria);
- ✓ integrazione socio-sanitaria, realizzata entro le ASL, e parziale delega a quest'ultime da parte dei comuni di funzioni socio-assistenziali, tra le quali talvolta rientra anche la tutela dei minori. Tale organizzazione è caratteristica delle regioni del centro (Liguria, Emilia-Romagna e Marche);
- ✓ separazione tra ambito sociale e sanitario e contestuale gestione dei servizi socio-assistenziali, ivi compresa la tutela dei minori, da parte dei soli comuni. Tale scelta caratterizza le regioni del sud e alcune del centro.

In mancanza di un quadro normativo nazionale, si assiste quindi alla realizzazione di sistemi territoriali di tutela e protezione con organizzazioni e gestioni altamente eterogenee e particolaristiche. Ciononostante, inizia a prendere forma un più ampio sistema di protezione, composto di una rete di servizi, pubblici e privati, impegnati nello svolgimento di percorsi di natura sociale, sanitaria e giudiziaria a favore dei minori e dei loro nuclei familiari (Bertotti, 2010; 2012). Tra questi servizi, oltre a quelli dedicati alla tutela minorile alle dipendenze dell'ASL o del comune, ricordiamo: la neuropsichiatria infantile; il consultorio familiare; l'ospedale; i servizi per la salute mentale e per le dipendenze; la scuola; l'Autorità giudiziaria e le forze dell'ordine. L'integrazione degli interventi predisposti da ciascuno di questi servizi, rappresentando la *conditio sine qua non* per il raggiungimento di efficaci risultati, è realizzata tramite «la gestione integrata e il lavoro in rete» (Rapporto ministeriale “Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento”, 1998, p. 18). L'adozione del

modello d'intervento integrato permette ai servizi pubblici di tutela minorile di superare il sostanziale assistenzialismo, diffuso nel decennio precedente, per approdare all'utilizzo di un approccio psicologico-relazionale nel lavoro con i minori e le loro famiglie, al fine di contrastare e prevenire il problema del maltrattamento.

Dal punto di vista socio-politico, gli anni '90 sono attraversati da una generale preoccupazione nei confronti dell'abuso infantile, confermata dall'emanazione d'importanti normative nazionali volte a punire la violenza e lo sfruttamento sessuale dei minori (Legge 66 del 1996 e Legge 269 del 1996), a promuovere i diritti dell'infanzia (Legge 285 del 1997), a conoscere e monitorare la condizione dell'infanzia e coordinare gli interventi a suo favore (Legge 451 del 1997⁶). L'ultimo decennio del secolo passato appare caratterizzato, però, anche dall'emersione di criticità in merito al lavoro dei nuovi servizi. In particolare, iniziano ad incrinarsi alcuni equilibri e tendenze createsi negli anni precedenti; è questo il caso, sul piano organizzativo-gestionale, del rapporto tra i comuni e le ASL e, sul piano operativo, della collaborazione tra i servizi di tutela minorile e la magistratura.

Per quanto concerne il primo punto, la Legge 285 del 1997 (“Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza”), disponendo un ingente investimento economico per lo sviluppo di servizi socio-educativi dedicati al «sostegno della famiglia nello svolgimento quotidiano dei propri compiti di cura e di educazione, con lo scopo non solo di prevenire specifiche situazioni di disagio, ma anche di promuovere complessivamente il benessere dei suoi componenti» (Codini, Fossati e Luppi 2017, p. 129), riafferma la necessità di una maggiore centralità del territorio, e in particolare dei comuni, nella gestione della prevenzione e del contrasto delle problematiche socio-educative. Inizia così ad essere messa in discussione la precedente scelta di delegare la gestione ed erogazione dei servizi di tutela minorile alle ASL e, come vedremo, sarà proprio questo uno dei temi centrali nel decennio successivo.

In tema di rapporti tra magistratura e servizi, si è visto come, in questi primi due decenni, la collaborazione nella gestione e realizzazione degli interventi a favore dei minori e delle loro famiglie abbia rappresentato uno dei punti di forza del sistema di protezione. La situazione inizia però modi-

⁶ La Legge 451 del 1997 istituisce l'Osservatorio nazionale per l'infanzia, incaricato anche della predisposizione del Piano nazionale sull'infanzia, e il Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia.

ficarsi quando, in un momento in cui è forte e diffuso il tentativo di contrastare il maltrattamento infantile, i servizi appaiono, a sé stessi e all'intera opinione pubblica, non più in grado di tenere assieme le funzioni di aiuto e controllo. Le criticità nel coniugare gli obblighi di denuncia e segnalazione con il segreto professionale; il coinvolgimento degli operatori nel fornire testimonianza durante i processi e la contemporanea necessità di tenere una posizione di terzietà rispetto alla situazione; l'impossibilità di lavorare in un contesto di totale trasparenza in situazioni in cui siano attivi procedimenti penali e, infine, la mancanza di un quadro normativo unitario cui far riferimento, sono alcune delle difficoltà che mettono in crisi il sistema di protezione, unitamente ad una forte esposizione mediatica.

1.3. Il decentramento dei servizi e i nuovi rapporti con l'autorità giudiziaria

Il primo decennio del secolo corrente si apre con una situazione di tensione, che coinvolge i servizi di tutela minori sia dal punto di vista organizzativo-gestionale (rapporto con le ASL) sia operativo (rapporto con la magistratura). In questo scenario, anche in relazione ai contenuti delle Leggi 502 del 1992⁷, 328 del 2000⁸ (“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”) e della successiva riforma

⁷ La Legge 502 del 1992 istituendo le nuove Aziende Sanitarie Locali (ASL) dà avvio ad una profonda revisione del ruolo dei comuni, che, in contrasto con la precedente normativa (Legge 833 del 1978), perdono il ruolo di gestione delle nuove ASL per mantenere una posizione importante nella programmazione sanitaria locale attraverso la Conferenza dei Sindaci e lo strumento del Piano di Zona.

⁸ La Legge 328 del 2000 (“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”), avendo tra i suoi principi cardine la sussidiarietà verticale ed orizzontale, favorisce ulteriormente il decentramento dei servizi, attribuendo al comune gli «obblighi connessi all'eventuale integrazione economica delle spese a favore di soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali» (art. 6). Pone inoltre una particolare attenzione ai minori; infatti, all'art. 2 li elenca tra i soggetti ai quali deve essere attribuita priorità nell'accesso a prestazioni e servizi sociali; all'art. 16, intitolato «valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari», sottolinea l'importanza di realizzare interventi di sostegno alla genitorialità a carattere domiciliare e territoriale; all'art. 22, infine, individua tra gli interventi che costituiscono livello essenziale delle prestazioni sociali anche «c) sostegno per 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 per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza; d) misure per il sostegno delle responsabilità genitoriali».

del Titolo V della Costituzione (Legge Cost. 3 del 2001⁹), si assiste al fenomeno del «ritiro delle deleghe» (Bertotti, 2012, p. 30). Con tale termine si vuole indicare la riappropriazione da parte degli enti locali della gestione dei servizi di tutela minorile. Alla base di tale decisione è possibile rinvenire due ordini di motivazioni (Bertotti, 2004):

- ✓ impossibilità per i comuni, durante la gestione da parte delle ASL, di intervenire sull'erogazione dei servizi socio-sanitari con la conseguente percezione di distanza tra l'ente locale e le problematiche del territorio e di scarso controllo sulla spesa;
- ✓ progressiva sanitarizzazione dei servizi socio-sanitari e separazione tra ambito sanitario e sociale, con conseguenze quali l'eccessiva specializzazione dei servizi, la mancanza di attività di prevenzione e l'attuazione d'interventi di tutela sempre meno integrati con il lavoro degli altri servizi, anche territoriali (es: scuole e agenzie educative), coinvolti nelle singole situazioni familiari.

A posteriori, è possibile individuare vantaggi e svantaggi della scelta, perseguita da singoli comuni e intere regioni (es: Lombardia), di procedere al ritiro delle deleghe. Per quanto concerne i vantaggi, la gestione dei servizi tutela minori da parte dei comuni, permettendo la realizzazione d'interventi riparativi, ma anche preventivi all'interno dell'ambiente di vita delle famiglie, diminuisce lo stigma sociale verso di queste e, contemporaneamente, favorisce la creazione di "comunità competenti" (Iscoc e Harris, 1984), grazie all'adozione dell'approccio del *community care*, e la mobilitazione delle risorse territoriali formali e informali. Gli svantaggi si concretizzano, invece, nella forma di rischi connessi alla possibile interferenza della sfera politica, alla minor specializzazione degli operatori comunali e al loro maggior isolamento rispetto ai servizi socio-sanitari, da cui potrebbe derivare un'ulteriore frammentazione degli interventi.

I servizi territoriali dedicati alla tutela dei minori, costituiti a seguito del ritiro delle deleghe, si trovano a dover affrontare importanti sfide in materia di: dimensionamento territoriale, organizzazione e gestione del servizio e, infine, integrazione tra le componenti sociale e psicologica e tra quelle so-

⁹ Con la riforma del Titolo V della Costituzione (Legge Cost. 3 del 2001), e in particolare dell'art. 117, la materia assistenziale, ivi compresi i servizi e gli interventi sociali, viene attribuita in toto alla competenza legislativa regionale, resta tuttavia prerogativa dello Stato «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»; tuttavia, ad oggi, tali livelli (LI-VEAS) non risultano ancora individuati.

ziale e sanitaria. La prima criticità, affrontata in particolare dai comuni di piccole e medie dimensioni, viene superata attraverso l'assunzione di forme di aggregazione, normate da accordi di programma o dalla costituzione di consorzi e aziende speciali. La considerazione degli aspetti psicologici entro le problematiche legate al maltrattamento infantile, viene garantita attraverso la partecipazione ai servizi di tutela minorile di psicologi, coinvolti attraverso i più disparati inquadramenti contrattuali. L'integrazione tra le attività sociali, di competenza del comune, e quelle socio-sanitarie, di competenza dell'ASL, viene invece realizzata attraverso l'adozione di équipe multidisciplinari integrate, dalle declinazioni differenti all'interno di ciascuna regione, ma generalmente incaricate di svolgere una valutazione multidimensionale di ciascuna situazione e di elaborare, sulla base di questa, un progetto d'intervento integrato.

La questione più interessante riguarda però le scelte adottate dagli enti locali in materia di organizzazione dei singoli servizi di tutela, che vengono costituiti assumendo le seguenti possibili configurazioni (Bertotti, 2012, pp. 33-34):

1. «Servizi per la tutela dei minori in *sensu stretto*» a cui appartengono quei servizi che operano attraverso équipe multiprofessionali e per i quali il criterio di accesso a interventi e prestazioni sociali è rappresentato dalla presenza di una segnalazione inoltrata alla competente Autorità giudiziaria o di un decreto da questa emanato. Si configurano dunque come servizi territoriali di “secondo livello”, il cui intervento è solitamente preceduto dalla presa in carico da parte dei servizi di base, ai quali sono invece affidati compiti di prevenzione e sostegno alle competenze genitoriali di famiglie vulnerabili.
2. «Servizi per la tutela dei minori in *sensu ampio*» che includono tutte quelle configurazioni in cui le funzioni di prevenzione della vulnerabilità genitoriale e quelle di protezione e intervento a favore del minore, quest'ultime decretate dall'Autorità giudiziaria, sono attribuite al medesimo servizio.

Indipendentemente dalle scelte organizzative compiute dai singoli enti locali, una caratteristica dei nuovi servizi pubblici di tutela minori, che emerge a livello nazionale, è l'ampio coinvolgimento del terzo settore

nell'erogazione degli interventi a favore dei minori e delle loro famiglie, in rispetto del principio di "sussidiarietà orizzontale"¹⁰.

Un ulteriore punto, fondamentale entro la definizione dell'identità dei nuovi servizi territoriali di tutela dei minori, è rappresentato dal profondo mutamento che investe, in questi stessi anni, la giustizia minorile. Nel corso degli anni '90, il rapporto tra i servizi e la magistratura aveva cominciato ad incrinarsi, principalmente a causa dell'indefinitezza dei ruoli ad entrambi attribuiti entro il sistema di protezione dei minori. Il tentativo di superare queste criticità, messe in luce dalla stessa opinione pubblica e investite da una crescente attenzione mediatica, prende forma nella revisione dell'art. 111 della Costituzione per mezzo della Legge Cost. 2 del 1999, comunemente nota come "riforma del giusto processo". Tale legge prevede che il processo giudiziario, ivi compreso quello minorile, abbia una ragionevole durata e si svolga «nel contraddittorio tra le parti, in condizione di parità, davanti ad un giudice terzo e imparziale» (art. 111 c. 2).

Le conseguenze di tali innovazioni sono rinvenibili, innanzitutto, in una nuova definizione del ruolo del giudice che, diventando "figura terza" rispetto alle parti e garante della correttezza dell'iter processuale, abbandona la posizione di collaborazione con i servizi, costruita nei decenni precedenti, a protezione dei minori. Contestualmente, il ruolo di rappresentanza del minore entro il procedimento giudiziario, viene affidato ad una nuova figura, l'"avvocato del bambino", nominato d'ufficio (Legge 149 del 2001).

Gli operatori dei servizi di tutela minorile, non coinvolti nel dibattito di definizione della riforma, faticano ad identificare il proprio ruolo all'interno di questo nuovo paradigma, che molto differisce dalle prassi e dalla cultura operativa sviluppate nel corso dei decenni precedenti. Conseguenze operative per i servizi sono identificabili nel forte inaridimento dei

¹⁰ La "sussidiarietà" rappresenta uno dei principi chiave della Legge 328 del 2000 (art. 1 c. 3). Introdotta nell'ordinamento italiano con la cosiddetta "Legge Bassanini" (Legge 59 del 1997) e con la Legge 267 del 2000 ("T.U.E.L.") e, successivamente, recepito all'interno della Costituzione (art. 118) con la riforma del Titolo V, attraverso la Legge Cost. 3 del 2001 prevede la ripartizione di funzioni e competenze amministrative. Si distingue in sussidiarietà "verticale" ed "orizzontale". In materia di interventi e servizi sociali, la prima stabilisce che sia l'ente più vicino al cittadino, il comune, ad occuparsi della realizzazione degli interventi necessari ed attribuisce pertanto agli enti superiori compiti di intervento sussidiario, da realizzarsi cioè laddove l'ente territoriale si mostri inefficace nel raggiungimento degli obiettivi. La sussidiarietà "orizzontale" è volta, invece, a favorire le iniziative sociali e territoriali dei cittadini singoli e associati, ai quali gli enti pubblici si affiancano con funzioni sussidiarie.

flussi comunicativi tra giudici e operatori; nella presenza di nuovi attori, quali avvocati e consulenti tecnici, con i quali gli operatori si trovano, volenti o nolenti, a doversi relazionare, e nella difficoltà di ridefinire il proprio ruolo, ora autonomo da quello del giudice, nella direzione di sviluppare la consapevolezza di «appartenere ad un sistema autonomo, che si occupa della protezione e della tutela delle fasce deboli, e tra questi i minori, con un ruolo e funzioni proprie, non serventi rispetto all'autorità giudiziaria né da questa dipendenti» (Domanico, 2011, p. 130).

2. Vantaggi e svantaggi della pluralità di forme di gestione

In Italia, agli enti locali è dunque concessa un'ingente discrezionalità nell'organizzazione dei servizi, che determina la costituzione di forme di organizzativo-gestionali plurime. Una simile eterogeneità porta con sé differenti vantaggi e svantaggi. Analizzandoli, si osserva come i primi risiedano nella possibilità di strutturare i servizi in modo tale da rispondere alle esigenze dello specifico territorio e da valorizzarne opportunità e risorse. Gli svantaggi si collocano, invece, a un livello di osservazione superiore, corrispondente ai singoli contesti regionali e a quello complessivo nazionale, e sono rinvenibili nel rischio di generare disparità nell'effettiva garanzia dei diritti di cittadinanza.

Ampliando lo sguardo al complessivo welfare italiano, è possibile osservare che, in realtà, la disomogeneità territoriale è una caratteristica che accomuna tutti gli ambiti afferenti a servizi e politiche sociali e che, così come confermato dalla letteratura, si manifesta con declinazioni differenti a livello inter ed intra regionale (Carradore, 2015). Per quanto concerne la dimensione interregionale, Cabiati (2015a e 2015b) tratta la disomogeneità organizzativo-gestionale dei servizi in interessanti studi sulla tutela dei minori, individuando tre principali forme di gestione dei servizi, che appaiono estendibili al panorama nazionale.

1. Gestione in economia: il singolo ente locale si occupa della gestione del servizio e dell'erogazione degli interventi da sé, attraverso le proprie risorse e struttura. Questo comporta un maggiore controllo della qualità delle prestazioni, nonché una effettiva coerenza tra i piani di programmazione e i servizi offerti, permettendo un costante monitoraggio tra efficienza ed efficacia. D'altra parte, in termini di svantaggio, vi può esse-

re una sovrapposizione tra funzione decisionale e gestionale, nonché delle difficoltà nella presa di decisione stessa, e infine, potrebbero verificarsi delle diseconomie di scala.

2. Gestione in affidamento a terzi: il singolo ente locale delega l'erogazione del servizio e dei connessi interventi alle ASL o ad enti privati (*profit oriented* o *non profit*), mantenendo compiti di governance e finanziamento. Attraverso questa modalità gestionale vi è un possibile miglioramento dell'efficienza dei servizi e una riduzione della spesa ma, tuttavia, vi è la possibilità che si verifichino atti di corruzione e che la risposta pubblica ai bisogni della popolazione dipenda da soggetti privati.
3. Gestione in forma associata: più enti locali cooperano per la gestione unitaria del servizio, attraverso soluzioni contrattuali che prevedono o meno la creazione di enti strumentali dotati di personalità giuridica propria. Questa forma di gestione favorisce i comuni di piccole dimensioni che possono associarsi per gestire un bacino territoriale più ampio, dando una migliore risposta alla cittadinanza anche grazie ad un incremento delle risorse a disposizione. Spesso però a seguito della dislocazione territoriale dei servizi, l'accesso non è sempre immediato per tutti i fruitori e, inoltre, alcuni enti si dimostrano conservativi rispetto all'unione con altre realtà territoriali, per timore di perdere autonomia e potere decisionale.

Un'ulteriore scelta organizzativa, che coinvolge questo specifico ambito, si collega al modo di concepire la tutela dei minori. Come già argomentato nel paragrafo precedente, la tutela può essere intesa *in senso stretto* o *in senso ampio*. In conformità alla concezione prediletta, i compiti connessi alla tutela dei minori, quindi, possono essere affidati a servizi territoriali di secondo livello, che si occupino esclusivamente di intervenire nel contesto giudiziale dell'invio coatto o, invece, a servizi di base, contemporaneamente impegnati anche nell'ambito della prevenzione e nel contesto spontaneo e semi-spontaneo. In particolare, si parla di "contesto giudiziario" per indicare la situazione di una famiglia entrata in contatto con i servizi a seguito di una dedicata prescrizione impartita dall'Autorità giudiziaria; di "contesto semi-spontaneo" per indicare quella di una famiglia inviata al servizio da parte di agenzie psicosociali o educative della rete territoriale (es: scuola; parrocchia; medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; servizio di neuropsichiatria infantile; etc.) e, infine, di "contesto spontaneo" per indicare l'accesso volontario di famiglie al servizio, anche definito ambito di "beneficità".

Nonostante l'evidenziata pluralità di soluzioni organizzativo-gestionali, i servizi offerti appaiono abitati da operatori sempre più preparati che mostrano «maggiore competenza e attenzione nel riconoscimento dei bisogni dei bambini e un incremento delle capacità di proteggerli da violenze e trascuratezze gravi» (Bertotti, 2004, p. 4). Quanto osservato appare motivato, da un lato, da un'evoluzione della letteratura e delle ricerche del settore, che hanno saputo arricchire il background su cui poggia l'operatività professionale, e, dall'altro, da una sempre maggior attenzione alla formazione dei professionisti. Contemporaneamente, però, la mancanza di un quadro di riferimento univoco e omogeneo e la complessificazione delle situazioni e problematiche sociali, pur determinando la necessità di lavorare sempre più in un'ottica d'integrazione con i diversi servizi e con gli stessi ambienti di vita delle persone, sembrano spingere i servizi di tutela minori verso un progressivo isolamento. Così come sostenuto da Olivetti Manoukian (2011), infatti, i servizi di tutela minori si mostrano protagonisti di un graduale processo di separazione dalla realtà sociale, che dovrebbe invece rappresentare il loro interlocutore primario, e anche da tutte le altre realtà istituzionali coinvolte nell'intero sistema di protezione, quali ad esempio i servizi socio-sanitari e la magistratura.

3. Prospettive emergenti nelle pratiche dei servizi per il benessere e la protezione dei minori

Nei paragrafi precedenti si è visto come, lungo il processo d'evoluzione dei servizi di tutela minori, per rispondere alla complessità delle situazioni, in particolare quando caratterizzate da multi-problematicità, si sia ricorso alla realizzazione di interventi integrati tra differenti servizi, attraverso lo strumento dell'équipe multiprofessionale. Il lavoro integrato, inizialmente utilizzato per garantire la collaborazione tra i soli attori pubblici, appare essersi evoluto, in conformità con l'introduzione del principio di sussidiarietà orizzontale, nella direzione di coinvolgere il privato sociale e le differenti forme di aggregazione sociale nella progettazione e realizzazione degli interventi.

Parlare di “partecipazione” nell'ambito dei servizi di tutela significa, però, fare un ulteriore passaggio, coinvolgendo anche il minore, la sua famiglia e le loro reti relazionali.

Considerare e valorizzare il pensiero e l'esperienza di quelle stesse famiglie entro cui si sono manifestate le problematiche che hanno reso necessario l'intervento dei servizi, e di quegli stessi genitori cui viene contestata, per esempio, la perpetrazione di maltrattamenti nei confronti del figlio, potrebbe sembrare illogico se non addirittura assurdo e controproducente. Come sostiene Arnkil (2011), infatti, l'uomo è istintivamente portato ad utilizzare il dialogo quando le situazioni non destano in lui un'elevata preoccupazione; quando, invece, ciò accade, egli percepisce il bisogno di avere il controllo sulla specifica situazione. Un simile pensiero, qui volutamente semplificato, sembra ben rappresentare la logica operativa adottata dai servizi dalla loro nascita fino ad oggi giorno, ma i cui risultati si sono rivelati spesso volte parziali se non insufficienti.

La riflessione sull'inefficienza degli interventi, accompagnata da spinte di carattere normativo¹¹, hanno portato molti a sostenere la necessità di rivoluzionare l'approccio operativo dominante nei servizi di tutela minori, e più in generale nel servizio sociale, nella direzione di una maggior partecipazione della stessa utenza. Farlo, da un lato, rende più probabile un buon esito dell'intervento (Serbati e Milani, 2013) e, dall'altro, permette di agire nel rispetto dell'utenza, nella prospettiva che, «proprio quando vi è la necessità assoluta di interferire nella vita altrui, quella vita se possibile vada tenuta in gioco [...], e che l'Alter debba esserci sempre, o meglio, [...] fino all'evidenza dimostrata che non voglia saperne di essere tenuto in gioco» (Folgheraiter, 2011, p. 69). Raineri (2011), nell'argomentare la necessità di adottare il paradigma partecipativo, distingue tra il concetto di “sapere esperienziale” e “sapere esperto”, identificando il primo come quell'insieme di conoscenze che gli individui sviluppano vivendo la loro stessa vita, mentre il secondo come l'insieme delle conoscenze tecnico-scientifiche acquisite tramite percorsi formativi. Partendo da questo distinguo, giunge a sostenere come i “problemi di vita¹²”, cioè «tutti quei pro-

¹¹ Nel vigente quadro normativo indicazioni circa l'importanza di adottare prassi operative finalizzate al coinvolgimento della famiglia si possono rinvenire, ad esempio, nell'ordinamento nazionale nella Legge 149 del 2001 (“Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile”) e, in quello sovranazionale, nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia (1989) e nella Carta Europea dei Diritti del Fanciullo (1992).

¹² Raineri (2012) distingue i “problemi di vita” dai “problemi tecnici”, ossia quelle criticità «che ammettono una soluzione predeterminata, una soluzione “oggettiva”, che è quella giusta in assoluto o quella migliore in senso probabilistico, [...] e che non dipende dalla volontà relativamente “libera” delle persone interessate» (p. 90-91).

blemi che riguardano lo star bene delle persone in senso pieno, olistico, non prettamente sanitario o economico [...] e la cui soluzione dipende per forza di logica dal sapere soggettivo delle persone, dalla loro motivazione, dalla loro percezione che sia bene fare qualcosa e dalle loro idee su cosa sia bene fare» (Raineri, 2012, pp. 90-91) per essere affrontati richiedano necessariamente di considerare anche il “sapere esperienziale” di cui l’utente si fa portatore. Sposare un simile paradigma significa, quindi, prima di tutto, rivedere il modo di concepire la stessa famiglia (Morris, 2011), passando dall’immagine di questa come ignorante (nel senso latino del termine) del proprio benessere e cieca di fronte al proprio malessere, a quella di una famiglia che, guidata dagli operatori e da questi posta in un ambiente positivo, è capace di elaborare la propria situazione e può, a partire da ciò, desiderare e attivare un processo di cambiamento o di maturazione di soluzioni oltre a tutela dei propri figli.

La metodologia che permette di realizzare tutto ciò è il lavoro di rete, in cui l’operatore assume il ruolo di facilitatore, in quanto incaricato di guidare ed accompagnare la famiglia lungo un percorso di riflessione e di cambiamento, condiviso e co-progettato tra i diversi attori coinvolti (Cabiati, 2015a). Riprendendo i concetti di “sapere esperto” e “sapere esperienziale”, il lavoro di rete permette, quindi, di integrare queste due forme di sapere, proprie rispettivamente degli operatori e dell’utenza, concependo l’aiuto non come «l’esatta applicazione di una competenza tecnica esclusiva, bensì come un incerto ma fiducioso iter di ricerca, condiviso tra tutti i potenziali interessati alla soluzione di un problema» (Bortoli e Folgheraiter, 2002, p. 278). Il suo obiettivo primario è costruire una percezione intersoggettiva, che unisca elementi mutuati dal sapere dell’operatore e da quello dell’utenza, su cui poter in seguito co-progettare l’intero intervento.

Adottare la metodologia del lavoro di rete, significa secondo Raineri (2011):

- ✓ dare valore al sapere esperienziale proprio dell’utente, per identificare una soluzione inter-soggettivamente riconosciuta come valida, realizzabile e positiva;
- ✓ cogliere e considerare, anche nelle situazioni più problematiche, gli aspetti positivi, che, anche se presenti in quantità inferiore a quelli negativi, rappresentano un fattore da non trascurare;

- ✓ imparare a stare nell'incertezza, così da poter cogliere le opportunità che questa presenta, di volta in volta, attraverso la voce e la volontà dell'utenza.

Il lavoro con la famiglia è complesso e non statico, poiché muta con lo svilupparsi della relazione tra operatore ed utenza e con il modificarsi della situazione problematica. Non esiste, quindi, una ricetta per la *perfetta partecipazione*, che potrà assumere forme e gradi differenti nel corso del complessivo processo d'aiuto, entro cui la stessa viene a realizzarsi. Serbati e Milani (2013, p. 95), riconoscendo l'esistenza di situazioni la cui gravità è tale da richiedere interventi connotati da forte controllo, riprendendo una classificazione di O'Sullivan (2001, pp. 46-50), distinguono quattro diversi livelli di partecipazione:

1. «esercizio della propria decisionalità»: l'utenza prende decisioni da sé e per sé;
2. «decisionalità condivisa»: la decisione è frutto di un accordo condiviso tra operatori e utenza;
3. «essere consultati»: la decisione è assunta dagli operatori considerando il pensiero e la volontà dell'utenza;
4. «essere informati»: la decisione è assunta dagli operatori, l'utenza viene debitamente informata a riguardo.

Questa classificazione è utile poiché permette di comprendere come, nel lavoro dell'operatore, sia possibile costruire progettualità che mirino a realizzare, gradualmente, anche la responsabilizzazione delle famiglie, fornendo loro l'occasione di sperimentarsi nella pratica di una decisionalità autonoma e positiva. Quando si parla di partecipazione, non ci si riferisce alla sola necessità di coinvolgere, entro il complessivo processo d'intervento, le famiglie, ma anche gli stessi minori, in quanto destinatari degli interventi di protezione.

Nonostante le normative nazionali e internazionali, così come le linee guida, sottolineino l'importanza di coinvolgere il minore entro le decisioni che lo riguardano, la letteratura riporta come spesso gli operatori mostrino resistenze, talvolta di matrice volontaria, ad ascoltare e considerare la voce dei minori. Le motivazioni di ciò sono diverse; è però possibile, anche facendo riferimento al dibattito circa l'ascolto del minore entro processi giudiziari che lo coinvolgono, individuare come esse siano connesse ad un possibile disconoscimento delle capacità del minore, alla volontà dell'operatore di tutelare se stesso dal dolore provato dal minore (Dalrymple, 2011) o, infine,

al desiderio di tutelare l'equilibrio personale e relazionale del minore, talvolta già duramente compromesso (Malagoli Togliatti, 2011).

Coinvolgere il minore entro il percorso di costruzione e realizzazione degli interventi a suo favore è però fondamentale, sia perché innalza le probabilità di ottenere risultati migliori, sia in quanto sostiene e potenzia i processi di *coping*, e quindi anche di resilienza, nello stesso minore. Favorire la partecipazione del minore, considerandone desideri, preoccupazioni e proposte d'azione, significa non vederlo come un «oggetto di cui preoccuparsi» (Dalrymple, 2011, p. 133), ma come un soggetto portatore di diritti.

Un'importante indicazione a riguardo proviene dalla Raccomandazione del Consiglio d'Europa "Sui diritti dei bambini e i servizi sociali a misura dei bambini e delle loro famiglie" (Rec 2011/12), dove viene discusso nel dettaglio, il diritto dei minori alla partecipazione, sottolineando come il coinvolgimento si realizzi anche attraverso il diritto del minore ad essere sempre informato, supportato nell'espressione della propria opinione, ascoltato e considerato nella presa di decisione. Vengono inoltre distinti tre differenti possibili livelli di partecipazione del minore entro la presa di decisione:

1. "partecipazione consultiva": il minore viene riconosciuto come soggetto portatore di esperienza e opinioni che devono essere conosciute e considerate dall'adulto nella presa di decisione;
2. "partecipazione collaborativa": il minore ha la possibilità di essere attivamente coinvolto in ogni fase del processo decisionale e dell'intervento;
3. "partecipazione guidata dal minore": il minore guiderà l'adulto nella presa di decisione.

Così come visto in precedenza rispetto alla partecipazione dei familiari, è possibile considerare i presenti livelli di partecipazione anche quali obiettivi verso i quali accompagnare lo stesso minore nel corso del processo d'aiuto.

4. Il processo di intervento: la presa in carico del minore e della sua famiglia

Si è visto inoltre come, la scelta di concepire la tutela dei minori in "senso ampio" o in "senso stretto", determini l'accesso al servizio da parte di tipologie d'utenza differenti. L'identificazione di due macro-categorie d'utenza, obbligata e spontanea, consente di differenziare l'intervento dei servizi di tutela minori, a seconda che il contesto d'intervento sia spontaneo

o giudiziario. Tale differenziazione è fondamentale, dal momento che, in questi, il processo d'intervento assumerà caratteristiche e declinazioni differenti. Nonostante le ricerche (Serbati *et al.*, 2011) evidenzino l'assenza di una modalità comune per la progettazione e la successiva conduzione dell'intervento con i minori e le loro famiglie, si cercherà, facendo riferimento alla letteratura di settore, di delineare le fasi del processo d'intervento nella tutela minorile.

4.1. Quando il nucleo familiare è collaborante: accesso spontaneo

L'intervento nel contesto spontaneo è caratterizzato dal parere professionale che, attraverso un adeguato sostegno genitoriale, sia possibile migliorare la situazione dei minori, vista la presenza di una riconosciuta capacità del genitore di comprendere e dare risposta ai bisogni dei figli e l'assenza di situazioni di grave pregiudizio o pericolo per gli stessi minori. In tale contesto l'accesso al servizio può avvenire su iniziativa della famiglia, magari per motivazioni che non riguardano in alcun modo il tema della genitorialità e del benessere dei minori, o su invio da parte della rete dei servizi socio-educativi del territorio (Bertotti, 2012).

Il processo metodologico unitario (Dal Pra Ponticelli, 1985; Ferrario, 1996; Campanini, 2002; Bartolomei e Passera, 2005; Fargion, 2009) rappresenta il punto di partenza per l'intervento in tale contesto. Esso articola il processo d'aiuto in quattro macro-fasi: analisi della situazione e definizione del problema; progettazione; realizzazione dell'intervento e conclusione.

Nel tentativo di fornire un quadro generale in merito al processo d'intervento nel contesto spontaneo, si presentano gli aspetti rilevanti entro ciascuna delle fasi individuate.

4.1.1. Analisi della situazione e definizione del problema

In questa fase, la famiglia giunge al servizio con modalità e per ragioni differenti e con una propria singolare storia. Il compito dell'operatore sarà quindi duplice: egli, infatti, dovrà raccogliere le richieste d'aiuto esplicite e/o implicite, portate dalla famiglia o rappresentate dai servizi invianti, allo scopo di individuare il problema alla loro radice e, contemporaneamente,

conoscere e valutare la complessiva situazione familiare. Per riuscire a far questo, dato il contesto di consensualità in cui ci si trova, sarà necessario che l'operatore si impegni per guadagnare la fiducia e il rispetto della famiglia e per costruire con essa una relazione la più positiva possibile; fattori, questi, indispensabili per poter successivamente negoziare e costruire dialogicamente un comune terreno d'intervento. Bertotti (2012), a tal proposito, sottolinea come l'operatore, per condurre efficacemente questa prima fase, debba necessariamente prestare una particolare attenzione a definire il problema assieme alla famiglia, che tende a negarne l'esistenza dandovi una declinazione differente, solitamente di natura economica. Per farlo, è possibile partire dalle indicazioni fornite dall'utente in merito alle manifestazioni del problema, dall'interpretazione che questo ne avanza, dalle soluzioni fino ad ora individuate per affrontarlo e dalla rete relazionale in questo coinvolta, per poter poi, sulla base della valutazione professionale effettuata dall'operatore, sostenere la famiglia nella direzione del riconoscimento del problema genitoriale e della progettazione necessaria per affrontarlo.

4.1.2. Assessment e Progettazione

L'*assessment* rappresenta il momento di collegamento tra la fase precedente e la vera e propria progettazione. Esso consiste in una valutazione che «non si limita ad accertare se c'è o non c'è una certa patologia», ma diversamente dalla «diagnosi», «se c'è o non c'è, entro il soggetto agente, una certa relazione tra uno stato psichico (bisogni, desideri, aspirazioni ecc.) e uno stato di fatto (prerequisiti, presupposti oggettivi per l'azione che dovrebbe conseguire quei fini)» (Cabiati, 2015a, p. 33). Appare quindi fondamentale considerare non solo criticità e fattori di rischio, ma anche risorse e potenzialità di cambiamento delle famiglie. Diversi autori (Donati, Folgheraiter e Raineri, 2011; Bertotti, 2012; Serbati e Milani 2013; Cabiati, 2015a) sostengono l'importanza di coinvolgere la famiglia entro la fase di *assessment*, così da valorizzarne le conoscenze, da un lato, e di stimolarne la responsabilizzazione e l'apprendimento, dall'altro. Tale passaggio, che se correttamente condotto, dovrebbe portare alla costruzione di una visione condivisa del problema e alla definizione di un terreno d'intervento comune, è seguito dalla co-progettazione e definizione del progetto d'intervento.

Il progetto d'intervento, una volta definiti i sistemi destinatari, si declinerà nella definizione di: obiettivi generali e specifici; risultati attesi; azioni e attività che i diversi attori coinvolti dovranno intraprendere per raggiungere gli obiettivi; risorse necessarie; tempi di realizzazione e modalità di monitoraggio e verifica. Condizione imprescindibile per la realizzazione di quanto progettato è che tutti i soggetti coinvolti, utente in primis, condividano quanto definito fino a quel momento.

4.1.3. Intervento

Dopo la progettazione del processo di intervento, gli attori provvedono ad impegnarsi nella realizzazione di quanto concordato. Nel lavoro con i minori e le famiglie vulnerabili sono molte le tipologie d'intervento attivabili, anche in relazione alle risorse messe a disposizione dagli individui, dall'organizzazione e dal più ampio contesto sociale; tuttavia, riprendendo quanto sostenuto in materia di dispositivi d'intervento all'interno delle Linee di indirizzo nazionali "L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità", tra questi è possibile individuare:

- ✓ servizio di educativa domiciliare e territoriale, in cui educatori professionali lavorano all'interno del contesto di vita della famiglia per valorizzare le risorse familiari e facilitare la costruzione nei genitori di competenze e strategie educative positive capaci di rispondere ai bisogni evolutivi dei minori;
- ✓ vicinanza solidale, forma di solidarietà tra famiglie che si realizza attraverso l'affiancamento e la condivisione;
- ✓ gruppi con i genitori e gruppi con i bambini, momenti periodici di condivisione e riflessione tra bambini e tra genitori;
- ✓ intervento psicologico/neuropsichiatrico/psichiatrico e altri interventi specialistici, interventi attuati per rispondere a specifici bisogni di natura psicologica e/o fisica portati dai membri del nucleo familiare;
- ✓ partenariato con i servizi educativi e la scuola;
- ✓ sostegno economico, come misura temporanea per contrastare la povertà e la deprivazione socioeconomica;
- ✓ affido familiare consensuale e centri educativi diurni, forme di intervento di natura residenziale o semi-residenziale finalizzati alla realizzazione di interventi al di fuori del contesto di vita familiare.

4.1.4. Conclusione

Una volta realizzati gli interventi co-progettati, con le dovute eventuali modifiche richieste in itinere, si passa alla valutazione finale, in cui si osserva se e in che misura si sono raggiunti i risultati attesi. A questo punto possono aprirsi tre scenari alternativi (Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, 2017):

1. autonomia e sgancio: il percorso ha permesso di costruire condizioni positive che permettono ai genitori di rispondere in autonomia ai bisogni evolutivi del figlio;
2. ritiro della consensualità: la famiglia non fornisce più il suo consenso a collaborare alla realizzazione dell'intero progetto, ma non vi sono i presupposti utili a segnalare la situazione alla competente Autorità giudiziaria;
3. segnalazione: la situazione dei minori si aggrava e/o viene a mancare il consenso a collaborare da parte dei genitori in presenza di preoccupazione degli operatori in merito alla sicurezza e alla protezione dei minori. La situazione viene segnalata all'Autorità giudiziaria competente.

4.2. *Il passaggio di contesto: dalla beneficenza alla segnalazione*

L'intervento nel contesto spontaneo può trovare conclusione nella segnalazione alla competente autorità giudiziaria, qui da identificarsi nella Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

Con il termine segnalazione si indica generalmente una comunicazione, concordata a seguito di una valutazione congiunta da parte dei servizi responsabili della protezione e cura del minore «finalizzata ad informare l'autorità giudiziaria di una situazione di rischio di pregiudizio o di pregiudizio in cui egli si trova e che incide gravemente sui suoi diritti, anche relazionali» (Regione Veneto, 2008, p. 79). Con il termine pregiudizio si designa una condizione, obiettiva e non transitoria, di «particolare e grave disagio e disadattamento che può sfociare (*rischio di pregiudizio*) o è già sfociata (*pregiudizio*) in un danno effettivo alla salute psicofisica del minore» e che «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» (Regione Veneto, 2008, p. 51). La segnalazione dunque può rendersi necessaria, entro il contesto spontaneo, in ragione di un aggra-

vamento delle condizioni di vita dei minori o del verificarsi di un evento critico¹³, tali da portare l'operatore a formulare un giudizio di rischio di pregiudizio o di pregiudizio in merito alla situazione del minore, o, infine, del venir a mancare della collaborazione dei genitori all'intervento. Tali situazioni, tuttavia, non esauriscono la casistica che può portare alla segnalazione; infatti, è possibile che una situazione prima non nota ai servizi venga portata all'attenzione dell'Autorità giudiziaria senza che di questa sia stata precedentemente svolta un'analisi approfondita. Quest'ultimo è il caso di quelle situazioni che, per normativa, rientrano nella fattispecie degli obblighi di segnalazione; i cinque casi contemplati dalla legge sono:

1. minore che si trovi in "stato di abbandono" (Legge 184 del 1983, art. 9, c. 1);
2. minore moralmente o materialmente abbandonato o allevato in locali insalubri o pericolosi, o da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere all'educazione di lui (art. 404 C.C.);
3. minori che esercitano la prostituzione (R.D.L. 1404/34, art. 25bis, c. 1);
4. minori stranieri e privi di assistenza in Italia, vittime di reati di prostituzione e pornografia minorile o di tratta e commercio (R.D.L. 1404/34, art. 25bis, c. 2);
5. necessità di anticipare o prorogare il termine di un affido familiare o un collocamento in comunità (Legge 184 del 1983, art. 4, c. 5).

Qualunque sia il motivo per cui ciò si rende necessario, la scelta di procedere alla segnalazione della situazione familiare, appare complessivamente dettata da due elementi, tra loro non alternativi, quali: la tipologia e la gravità del rischio di pregiudizio/danno vissuto dal minore e la disponibilità dei genitori a collaborare.

La segnalazione, introducendo una figura terza, l'autorità giudiziaria, sposta la situazione dal contesto d'intervento spontaneo a quello giudiziale

¹³ Ciascuna fase del ciclo di vita familiare è connotata da eventi critici di fronte ai quali le abituali modalità di funzionamento non risultano più adeguate e i componenti del nucleo familiare sono chiamati ad attivare nuovi e diversi processi di adattamento e funzionamento per poter accedere alla fase successiva e mantenere stabile e unito il nucleo. Tali eventi sono perciò sempre potenzialmente attivatori di crisi e di cambiamenti. Si possono distinguere due tipologie di eventi critici: quelli normativi (o prevedibili) e quelli paranormativi (o imprevedibili). I primi sono legati a cambiamenti che ricorrono regolarmente nella grande maggioranza delle famiglie quali matrimoni, nascite, diverse fasi della crescita dei figli; i secondi invece si presentano come, appunto, imprevedibili quali malattie, aborti, lutti, cambiamenti della propria condizione lavorativa o economica (McGoldrick e Carter, 1986).

e rende coatta la relazione tra la famiglia e il servizio. Come sottolineato da Cirillo e Cipolloni (1994), la scelta di segnalare non consiste in una risposta punitiva nei confronti di quei genitori che non siano stati capaci di migliorarsi attraverso gli interventi co-progettati entro il contesto spontaneo. Viceversa, rappresenta un ulteriore strumento clinico-terapeutico, utilizzabile per tutelare il minore e, contemporaneamente, istituire un contesto coatto entro cui valutare la famiglia e, in seguito, accompagnarla in un percorso di miglioramento delle capacità genitoriali. Gli autori, data la presente connotazione della valutazione, sostengono come questa possa essere attivata in tempi e con scopi diversi. In particolare, presentano la possibilità di farvi ricorso con finalità: emergenziale, per collocare in protezione minori che si trovino in stato di pregiudizio; preventiva, per scongiurare il rischio di cronicizzazione del malessere dei minori e/o di drop-out della famiglia, in presenza di genitori non collaboranti ma dotati di risorse, e, infine, trattamentale, per intervenire laddove non si siano riscontrati sufficienti cambiamenti positivi entro il contesto spontaneo (Cirillo e Cipolloni, 1994).

Per sopperire alla mancanza di indicazioni nazionali circa le modalità di segnalazione delle situazioni di rischio di pregiudizio o di pregiudizio, le regioni hanno provveduto, in maniera autonoma, alla creazione di linee guida per la creazione di un sistema di protezione chiaro e internamente coerente. Un valido esempio di simili iniziative può essere visto nella Regione Veneto nella stesura, prima, delle già citate Linee Guida per i servizi sociali e sanitari “La cura e la segnalazione” (2008), e in seguito, delle Linee di indirizzo per la comunicazione tra Servizi Socio-Sanitari e autorità giudiziaria (2013). In quest’ultime viene prevista l’adozione di uno strumento comune, il “Frontespizio di segnalazione”, che, assieme, alla relazione sociale, compongono la segnalazione. La relazione sociale ha lo scopo di motivare la richiesta di intervento dell’autorità giudiziaria e, per questo motivo, deve contenere tutte le informazioni che si ritengono necessarie per permettere alla Procura minorile di valutare quali iniziative intraprendere. Essa, in particolare, dovrà contenere informazioni in merito a (Regione Veneto, 2013, p. 7-8):

- ✓ composizione del nucleo e dati anagrafici;
- ✓ motivazione/finalità sintetica della segnalazione;
- ✓ descrizione della situazione del minore, della sua famiglia e dell’ambiente di vita;
- ✓ storia degli interventi effettuati o in atto, con indicazione dei servizi

coinvolti;

- ✓ valutazione diagnostica, valutazione prognostica, progetto di intervento (“Progetto Quadro”¹⁴), dove possibile, e grado di consenso ottenuto.

La presenza di simili indicazioni, nonostante faciliti il lavoro dell’operatore, non risulta comunque sufficiente ad annullare la difficoltà propria della decisione di segnalare o meno una determinata situazione. Tale difficoltà è riconducibile ad una dimensione individuale dell’operatore sia per la complessità di formulare un giudizio professionale sul pregiudizio vissuto dal minore, sia per i risvolti emotivi e timori che la stessa formulazione di un giudizio è in grado di scatenare nel professionista. A questa si devono aggiungere le difficoltà connesse al fatto che i servizi di tutela minorile, pur investiti dall’autorità giudiziaria della titolarità e responsabilità dell’intervento, necessitano per costruirlo ed attuarlo dell’accordo e della collaborazione di altri servizi con cui, però, non è sempre facile cooperare in modo efficace. Possono, infatti, emergere contrasti tra i singoli operatori, laddove questi si fanno portatori di visioni particolaristiche e sono pertanto incapaci di tener conto dell’interesse della progettualità d’intervento e di considerare anche le azioni perseguite dagli altri professionisti coinvolti. Ulteriore criticità del lavoro in rete, riportata da Bertotti (2012) e Cabiati (2015a), risiede nelle aspettative, spesso irrealistiche, che gli operatori nutrono nei risultati dell’operato degli altri professionisti. In particolare, nel caso degli assistenti sociali, tali aspettative sembrano soprattutto riposte nell’attività di psicologi e neuropsichiatri infantili.

4.2.1. Il contesto giudiziario

Il contesto giudiziario si istituisce a seguito della segnalazione della situazione di un minore all’autorità giudiziaria. A tale casistica se ne aggiunge un’ulteriore, in cui, a seguito di una segnalazione pervenuta da soggetti altri (es: scuola, altri servizi, forze dell’ordine, familiari ecc.), la Procura

¹⁴ Il “Progetto Quadro” comprende l’insieme coordinato ed integrato degli interventi sociali, sanitari ed educativi, rivolti al minore e alla sua famiglia, «finalizzati a promuovere il benessere del bambino o ragazzo e a rimuovere la situazione di rischio di pregiudizio o di pregiudizio in cui questo si trova» (Regione Veneto, Linee guida 2008 per i servizi sociali e sociosanitari “La cura e la segnalazione”, p. 62). Esso dev’essere sottoscritto da tutte le parti interessate e viene redatto seguendo il presente schema: obiettivi da raggiungere, azioni, responsabilità degli attori coinvolti, monitoraggio e verifica.

minorile si rivolge al competente servizio sociale o socio-sanitario (laddove le funzioni di tutela dei minori siano state delegate dagli enti locali all'ASL di riferimento) per la presa in carico coatta di una situazione familiare. In entrambi i casi, è possibile distinguere le seguenti fasi d'intervento (Ghezzi e Vadilonga, 1996):

- a) *indagine*: i servizi sociali o socio-sanitari competenti vengono incaricati di svolgere un'indagine psicosociale sulla situazione segnalata, approfondendo la condizione del minore, della famiglia e del contesto di vita. La Procura minorile, acquisite queste ulteriori informazioni circa la fondatezza della segnalazione, può: procedere all'archiviazione del fascicolo; ricorrere al Tribunale per i Minorenni perché questo decreti l'adozione delle misure più utili alla protezione del minore, che potranno avere natura limitativa, integrativa o sostitutiva della responsabilità genitoriale (prescrizioni, sostegno, vigilanza, affidò, tutela o allontanamento). Infine, laddove ravvisi la presenza di una fattispecie di reato procurato da un adulto a danno di un minore, la Procura minorile è tenuta ad inoltrare la documentazione alla Procura presso il Tribunale Ordinario;
- b) *valutazione*: il Tribunale per i Minorenni, quando coinvolto ad opera della Procura minorile, richiede ai servizi, dove necessario, lo svolgimento di un'ulteriore indagine psicosociale e, contestualmente, prescrive l'elaborazione di una diagnosi dei funzionamenti familiari e delle possibilità di recupero della famiglia. Il coinvolgimento di servizi specializzati, da parte dei servizi territoriali referenti per il caso, permette di effettuare tali procedimenti;
- c) *prognosi*: sulla base di quanto osservato e diagnosticato da parte dei servizi coinvolti nella precedente fase di valutazione, viene espresso il parere professionale in merito alla recuperabilità genitoriale, che potrà avere prognosi positiva o negativa, accompagnata sempre dalla progettualità individuata dai servizi. In particolare, questa sarà positiva quando i genitori vengano valutati capaci di recuperare una relazione funzionale con i figli; negativa quando, invece, tale relazione venga valutata irrecuperabile. La tipologia di prognosi determinerà la natura della fase successiva;
- d) *trattamento*: qualora la prognosi sulla recuperabilità dei genitori sia positiva, verranno attuati tutti gli interventi utili a sostenere le capacità genitoriali e la relazione genitori/figlio in prospettiva dell'autonomia della famiglia; tra questi troviamo, ad esempio: la terapia familiare o di cop-

pia, la terapia individuale, il sostegno assistenziale e l'affido familiare. In caso di prognosi negativa, invece, i servizi si occuperanno di accompagnare debitamente il minore e i genitori al distacco attraverso interventi che mirino a ridurre la potenziale portata traumatica dell'evento (es: terapia individuale) e all'individuazione di soluzioni di vita alternative e definitive per il minore (es: adozione o affido sine die);

- e) *catamnesi*: a seguito del trattamento predisposto a favore di situazioni familiari con prognosi positiva, viene effettuato un accertamento post-trattamento funzionale a verificare che i risultati attesi siano stati raggiunti;
- f) *conclusione*: se e quando i risultati attesi saranno stati raggiunti e sussisteranno, quindi, i presupposti per ritenere superata la condizione di rischio di pregiudizio o di pregiudizio, che aveva portato all'apertura dell'iter giudiziario, sarà possibile richiedere al Tribunale per i Minorenni la chiusura del processo di protezione del minore, cui seguirà l'autonomia della famiglia. Diversamente, a fronte di un mancato raggiungimento degli obiettivi e del permanere della situazione di pregiudizio, il Tribunale per i Minorenni valuterà l'opportunità di trovare un altro contesto di vita familiare per il minore.

Entro tale processo, il passaggio da una fase alla successiva risulta sempre scandito da apposite pronunce da parte della competente autorità giudiziaria.

3. *Il decision-making nei servizi sociali*

di *Barbara Segatto, Anna Dal Ben e Serena Giacomini*

1. **Prendere decisioni: un quadro concettuale**

L'esperienza della decisione è comune a tutti gli esseri umani. Fin da piccoli siamo quotidianamente chiamati a prendere decisioni di ogni tipologia e, ben presto, ci rendiamo conto che queste decisioni, oltre ad essere caratterizzate da contenuti specifici, hanno anche differenti gradi di difficoltà. Complessivamente, è, infatti, possibile distinguere due tipologie di decisioni: quelle semplici, la cui soluzione viene agita quasi automaticamente e senza alcuna particolare riflessione, e quelle più complesse, che, a causa dell'incertezza da cui sono caratterizzate, vengono risolte solo a seguito di un consapevole processo riflessivo.

Rumiati (2009), nell'analizzare le decisioni complesse, evidenzia come queste siano caratterizzate dalla contemporanea presenza di tre elementi che sono l'intenzionalità; le diverse opzioni di scelta; e l'incertezza, in particolare rispetto alle conseguenze. Bertotti (2016) aggiunge ulteriori elementi caratterizzanti il processo decisionale a quelli delineati da Rumiati, nello specifico:

- ✓ un primo elemento, che discende dal primo e dal secondo elemento di Rumiati, è rappresentato dalla dimensione di *perdita* connessa a qualsiasi scelta poiché nel prendere una decisione, scegliendo deliberatamente una singola opzione, tra le varie possibili, rinunciando alle altre;
- ✓ un secondo, connesso questa volta all'incertezza, è costituito dal *rischio* poiché la decisione, portando con sé esiti incerti, non completamente conoscibili a priori, prevede sempre che il decisore si assuma una certa quantità di rischio;
- ✓ un ulteriore elemento è rappresentato dalla possibilità di *scoperta* di si-

- tuazioni e fatti nuovi, prima di allora non conosciuti o non considerati;
- ✓ l'ultimo elemento è rappresentato dalla *responsabilità*, qui da intendersi sia in forma autodiretta sia eterodiretta, come «capacità di rispondere dei propri comportamenti, rendendone ragione e accettandone le conseguenze» (Bertotti, 2016, p. 29) e riconoscendone anche l'influenza sull'esistenza altrui. Infine, una ulteriore dimensione legata alla decisione è quella dell'errore (Sicora, 2015).

L'assistente sociale è, infatti, chiamato più di altri, nell'esercizio della propria professione, a prendere decisioni importanti che hanno la potenzialità di fare la differenza, in positivo o in negativo, nella vita delle persone. Il compito decisionale trova il proprio fondamento nei principi di autonomia tecnico-professionale e indipendenza di giudizio. In particolare, il Codice Deontologico, nell'elencare i principi fondanti la professione, all'art. 10 stabilisce che «l'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio e sulla scienza e coscienza dell'assistente sociale», specificando inoltre che «nella collaborazione con l'autorità giudiziaria, l'attività dell'assistente sociale ha esclusivamente funzione tecnico-professionale».

Il Codice conferisce, dunque, due possibili declinazioni all'autonomia professionale: l'autonomia tecnico-professionale e l'indipendenza di giudizio che, assieme, caratterizzano la responsabilità tecnica del professionista. La prima prevede che il professionista, nella progettazione e conduzione dell'intervento, sia responsabile di effettuare scelte e decisioni nel rispetto dei principi, dei valori e dei metodi della professione, nonché delle conoscenze e dell'esperienza professionale in suo possesso, senza che su queste interferiscano le influenze di altri soggetti, fisici o istituzionali. L'indipendenza di giudizio, invece, prevede che l'operatore abbia la capacità e la responsabilità di individuare la natura e le componenti delle problematiche sociali portate alla sua attenzione. A seconda delle situazioni e della distribuzione del potere decisionale in queste vigenti, egli sarà chiamato ad esercitare tale autonomia in modo congiunto con gli altri soggetti coinvolti, tra questi: l'utente, l'ente, l'autorità giudiziaria e altri professionisti. S'introduce così il concetto di responsabilità decisionale, che, differenzialmente da quanto visto in merito alla responsabilità tecnica, è propria non del singolo operatore, ma dell'ente cui questo appartiene e/o di altri soggetti, e che rappresenta, in un certo senso, il limite normativo ed organizzativo posto all'autonomia del professionista.

1.1. Le tipologie di decisione dell'assistente sociale

Nell'analizzare la presa di decisione dell'assistente sociale nella realizzazione delle funzioni generalmente attribuitegli, Taylor (2013, pp. 13-14) giunge ad identificare quattro principali categorie di decisione:

- ✓ «*supporting client decisions*» (supporto alle decisioni dell'utente). Consiste nel fornire informazioni all'utente, nella messa in discussione delle ipotesi di azione da questo formulate e nel supporto alla riflessione sulle implicazioni proprie di ciascuna ipotesi di azione;
- ✓ «*eligibility for services*» (accesso ai servizi). Comprende la verifica del possesso da parte dell'utente di determinati criteri, che fungono da presupposto per l'accesso ai servizi, e la definizione di un giudizio professionale in merito;
- ✓ «*safeguarding decisions*» (decisioni di protezione). Raccoglie tutte quelle decisioni funzionali ad agire per salvaguardare, in nome della società, un individuo adulto o minore, che si trovi in situazione di vulnerabilità, anche contro la volontà sua o dei suoi familiari;
- ✓ «*care planning decisions*» (decisioni in merito agli interventi). Individua le decisioni in merito alle azioni da perseguire, all'interno del progetto d'intervento, per raggiungere quegli obiettivi di benessere e autonomia concordati tra l'operatore e l'utenza.

Nonostante le decisioni assumano confini e contenuti differenti in relazione ai contesti in cui si collocano, è possibile individuare una comune metodologia che ha la potenzialità di guidare la presa di decisione.

2. I fattori che influiscono sulle decisioni degli operatori

Nell'ambito del servizio sociale è possibile individuare diverse variabili capaci di influenzare e guidare il processo decisionale e la decisione da questo risultante. Da un'analisi della letteratura è possibile raggruppare tali fattori in quattro macro-categorie, rispettivamente afferenti a conoscenza, etica, emozioni e processi cognitivi (Bertotti, 2016).

2.1. Le forme della conoscenza

Il primo tra i fattori influenti sulla decisione è rappresentato dal corpus di conoscenze su cui si basano la professione e l'operatività degli assistenti sociali. Nella letteratura dedicata allo studio della professione, non vi è alcun dubbio circa il forte collegamento tra teoria e pratica. Il servizio sociale, infatti, si caratterizza come una conoscenza di natura induttiva, in cui la realtà viene osservata facendo riferimento ad un quadro conoscitivo, a sua volta costituito a partire dall'osservazione e conoscenza della realtà. Entro tale processo di costituzione della conoscenza, si riconosce l'intreccio di saperi differenti, raccogliabili nel novero delle «teorie per la pratica» e delle «teorie della pratica» (Bertotti, 2016, p. 48). Nello specifico, le prime consistono in quell'insieme di teorie mutuare da differenti campi scientifici (psicologia, sociologia, scienza della politica, filosofia morale ed etica, economia, etc.) ed utilizzate quali percorsi teorici utili per guidare la prassi operativa. Bianchi (1988, p. 16), nel sottolineare l'importanza di tale multi-referenzialità, definisce il servizio sociale proprio come una «disciplina di sintesi tra elementi di conoscenze che provengono anche da discipline diverse». Un simile eclettismo, così come sottolineato da Gui (2004; 2013) appare guidato non dal caso, bensì dalla riflessione sulla realtà delle situazioni sociali, che consente un uso ragionato delle diverse conoscenze. Le «teorie della pratica», invece, raccolgono le esperienze di riflessione sull'operatività, che consistono comunemente nella valutazione qualitativa dei processi operativi, al fine di identificare quelli più adeguati per l'analisi e l'intervento nelle diverse dimensioni delle problematiche sociali. Entro tale categoria rientra, in particolare, il corpus di ricerche scientifiche condotte in merito all'efficacia degli interventi e, pertanto, anche delle decisioni.

La fiducia nella possibilità di individuare quali siano gli interventi più efficaci per risolvere determinate soluzioni ha portato allo sviluppo della «pratica basata sull'evidenza» (*Evidence Based Practice*) (Fargion, 2013; Bertotti, 2016). Tale approccio, a seguito di critiche in merito alla sua complessità e difficoltà di applicazione in un ambito caratterizzato da complessità e mutevolezza, è stato rivisto nella direzione della «pratica informata dall'evidenza» (*Evidence Informed Practice*) (Bertotti, 2016), secondo cui l'operatività deve fare un utilizzo non acritico, ma riflessivo e contestualizzato, dei risultati della ricerca.

Nell'ambito del processo decisionale, questi due ordini di conoscenze teoriche guidano il professionista nella lettura e comprensione dei fenomeni ("teorie per la pratica"), facilitando l'individuazione degli elementi caratterizzanti ciascuna situazione, e nella formulazione di ipotesi utili all'identificazione e scelta degli interventi più adeguati ("teorie della pratica"). Alla conoscenza di natura teorica deve aggiungersi un'ulteriore tipologia, quella pratica, che si lega all'esperienza soggettiva del singolo operatore e alla sua personale riflessione sulla quotidianità professionale. Ne discende che questa si generi anche in relazione all'incontro e al dialogo che l'operatore sviluppa con l'organizzazione, gli altri professionisti e l'utente. Come sottolineato da Bertotti (2016), le conoscenze della professione provengono e si concretizzano nella relazione tra il servizio sociale, qui inteso anche nella forma di operato del singolo professionista, e i differenti contesti in cui si trova ad operare. Facendo riferimento alla teoria ecologica di Bronfenbrenner (1979), è possibile suddividere il contesto in tre livelli:

- ✓ livello "macro", entro cui sono collocabili le conoscenze riguardanti il ruolo dell'assistente sociale e la sua mission;
- ✓ livello "meso", in cui è possibile identificare le conoscenze che regolano il funzionamento dell'organizzazione, presso cui è inserito il professionista (es: leggi, linee guida, regolamenti, protocolli, procedure, etc.);
- ✓ livello "micro", che corrisponde al contesto locale e comprende le conoscenze afferenti a settore d'impiego, cultura organizzativa e esistenza di pratiche condivise all'interno del servizio di appartenenza.

Complessivamente, si osserva che le conoscenze influenti nel processo decisionale, data la loro eterogenea natura e provenienza, compongono un quadro di riferimento assai complesso, che trova particolare declinazione in ragione dell'ambito d'impiego e delle singole situazioni incontrate dall'operatore.

2.2. *L'etica*

Le decisioni nel servizio sociale hanno spesso un peso importante nel determinare la vita delle persone. La presenza di una così elevata responsabilità per gli operatori, ha portato a dedicare una particolare attenzione alla definizione degli aspetti valoriali sottostanti all'azione professionale e alla presa di decisione.

Con il termine etica si vuole intendere l'insieme dei principi valoriali su cui gli individui fondano la loro azione e che essi utilizzano per dare valore e significato alle loro decisioni e azioni. Secondo Banks (1999), è possibile distinguere l'etica in "etica personale", che raccoglie quei principi cui il singolo si ispira nella propria vita quotidiana, e "etica professionale", che invece rappresenta «l'insieme delle regole e degli standard di comportamento generalmente accettati come tipici di un gruppo professionale» (Bertotti, 2016, p. 60) e contenuti nei codici deontologici professionali.

Nel servizio sociale, il dibattito sulla definizione dell'etica professionale si è sviluppato, nel corso dei decenni, in relazione all'adozione di differenti concezioni dell'etica stessa, da cui sono derivate diverse interpretazioni dei concetti di "bene" e "male" e di "giusto" e "sbagliato". Tale dibattito ha avuto origine negli anni '60, quando, in riferimento ad una concezione deontologica dell'etica, secondo cui il bene e il male possono essere definiti in modo univoco, si è assistito all'elaborazione dei primi principi da osservare per una corretta pratica professionale. Noto, a tal proposito, è il lavoro di Biestek (1961), secondo cui l'azione professionale doveva rifarsi a sette principi, ispirati ai valori dell'individualità e della libertà del singolo, quali: individualizzazione; importanza dell'espressione dei sentimenti; controllo del coinvolgimento; accettazione; atteggiamento non giudicante; autodeterminazione dell'utente; riservatezza e rispetto per la persona. Per quanto concerne il processo decisionale, l'adozione di una simile concezione sostiene che una decisione possa definirsi "etica" quando rispettosa dei contenuti di tali principi. Nei decenni successivi, diversi autori hanno ripreso e modificato i principi elencati da Biestek. In particolare, a cavallo tra gli anni '70 e '80, essi sono stati riesaminati con l'intento di considerare la professione entro il più ampio contesto societario. Il riferimento era rappresentato da una concezione teleologica dell'etica, secondo cui il valore di un'azione è da definirsi in relazione al suo scopo e alle sue conseguenze. In tale panorama, la decisione veniva quindi a definirsi "etica" quando sviluppata considerando le conseguenze delle diverse opzioni possibili. A queste due concezioni se ne venne poi a contrapporre una terza, ispirata all'etica della solidarietà o etica della cura (Bertotti, 2016). Tale concezione, concentrando il proprio focus sulle relazioni, ritiene che i valori da utilizzare come guida per l'azione professionale siano la cooperazione, la comunicazione, l'aver cura e la responsabilità. Ecco allora che una decisione può definirsi etica quando, data la vulnerabilità dell'individuo, è capace di consi-

derare i suoi bisogni di cura e protezione, anche indipendentemente dalla correttezza dei principi adottati o delle stesse conseguenze. Ad oggi, tali concezioni etiche sono considerate ancora presenti nella definizione dell'agire professionale e degne di essere conosciute e considerate dai professionisti, ma non passibili di un'adozione simultanea. Per superare questa criticità, alcuni autori, primo tra tutti Jonas (1990), hanno proposto l'adozione dell'etica della responsabilità. Questa, concentrandosi sulla relazione e sul concetto di responsabilità, intesa come attenzione verso l'altro contestualizzata entro una dimensione spaziale e temporale, è al centro della deontologia professionale (Diomedede Canevini, 2013). Nonostante la presenza di trattazioni in merito alla natura dell'etica professionale e di strumenti, quali il codice deontologico, utili ad accompagnare la decisione, l'impossibilità di attribuire un ordine gerarchico ai valori, individuati dalle diverse concezioni dell'etica, è la causa primaria dell'emersione di dilemmi etici nel processo decisionale. In particolare, secondo Banks (1999), è possibile parlare di "dilemma etico" quando l'operatore, nel prendere una decisione, si trova a dover scegliere tra due alternative ugualmente spiacevoli, che portano con sé un conflitto tra valori diversi, e tra le quali non risulta facile individuare l'opzione più corretta. Sempre secondo l'autrice, è possibile individuare tre elementi che tipicamente caratterizzano gli aspetti etici fonte di dilemmi; questi riguardano:

- ✓ diritti individuali e benessere, in cui si scontrano frequentemente i valori dell'autodeterminazione e quello della tutela del benessere e della sicurezza dell'utente;
- ✓ benessere collettivo, in cui la realizzazione del benessere collettivo può entrare in contrasto con il benessere individuale;
- ✓ ineguaglianza e oppressione strutturale, dove il riconoscimento della responsabilità individuale è spesso messo in crisi da dinamiche di oppressione sociale che coinvolgono il gruppo di appartenenza dell'individuo.

Bertotti (2016), nel tentativo di fornire indicazioni utili per affrontare questi dilemmi, pur riconoscendo come l'adozione di differenti concezioni etiche porti a soluzioni differenti, sostiene l'importanza di adottare un processo decisionale che, nel complesso, possa definirsi eticamente corretto, secondo la seguente definizione di McAuliffe (2010, p. 41): un processo decisionale etico è «un processo in cui gli assistenti sociali si impegnano nell'esplorazione dei diversi valori esistenti nelle sfere personale, professionale, sociale e organizzativa, per rilevare se può esservi un dilemma eti-

co connesso a principi tra loro contrastanti e definire quali fattori hanno la priorità nel “pesare” le diverse alternative».

2.3. *Le emozioni*

Diversamente da quanto tradizionalmente affermato in ambito accademico e professionale circa la necessità di trascurare gli aspetti emotivi, visti quali fattori negativi, autori più recenti hanno sottolineato la necessità e l'utilità della loro considerazione e analisi. Bertotti (2016), riportando la teoria di Lazarus (1991), sostiene che l'origine delle emozioni sia da attribuirsi alla percezione che il soggetto ha della situazione, definita in base a due dinamiche valutative. In particolare, la prima consiste nella valutazione della coerenza tra la situazione e gli scopi del soggetto e della possibilità che essa rappresenti un sostegno alla loro realizzazione; la seconda, invece, risulta dalla considerazione che il soggetto ha delle proprie capacità di affrontare la situazione e di gestirne gli aspetti emotivi. La teoria fornisce anche interessanti riflessioni in merito all'influenza delle emozioni nella presa di decisione. A tal proposito Oatley, Keltner e Jenkins (2006), affermano che le emozioni influiscono sulle decisioni: definendo priorità d'intervento; strutturando la percezione; contribuendo nella selezione delle informazioni; fornendo informazioni immediate sull'ambiente; guidando il focus attentivo ed esercitando una spinta motivazionale alla presa di determinate decisioni.

Rumiati (2009), invece, nel citare i possibili effetti distorsivi delle emozioni entro la presa di decisione, presenta la *teoria del regret* (Loomes e Sudgen, 1982) e quella delle emozioni anticipate. In particolare, secondo la prima, nel prendere decisioni in situazioni d'incertezza, gli individui considerano anche le emozioni di *regret* (rammarico) e *rejoicing* (piacere) connesse ai possibili esiti delle diverse opzioni. La teoria delle emozioni anticipate, invece, attribuendo un valore informativo alle emozioni (valore che si costruisce sulla base dell'esperienza passata), è utile per comprendere come le emozioni e la qualità dell'esperienza dell'operatore influenzino la valutazione delle alternative di cui si compone la stessa decisione.

2.4. I processi cognitivi

Data la vastità delle argomentazioni sostenute dalla ricerca psicologica in merito al ragionamento umano e ai processi cognitivi, verranno qui presentati solo alcuni dei principali meccanismi cognitivi, ritenuti particolarmente importanti nell'influenzare la decisione nell'ambito del servizio sociale. In ciò, si farà particolare riferimento a quanto argomentato da Nicoletti e Rumiati (2011) in merito a problem-solving e creatività e a giudizio e decisione, ritenendo tali ambiti particolarmente caratteristici dell'operatività dell'assistente sociale. Gli autori, affermando che la soluzione di problemi complessi dipende soprattutto dalla capacità del soggetto di rappresentarsi cognitivamente la loro struttura (rappresentazione mentale), sostengono che questi possono essere risolti applicando algoritmi o euristiche. Gli algoritmi corrispondono a delle procedure che, se applicate con frequenza, permettono di risolvere i problemi in modo corretto; le euristiche, invece, sono strategie generali di soluzione finalizzate alla semplificazione dei problemi e possono essere di tre tipi:

1. Euristica basata sull'analisi mezzi-fini, consiste nella scomposizione del problema complesso in sotto-problemi e, per giungere alla soluzione dell'intero problema, prevede la soluzione di ciascuna parte.
2. Euristica basata sull'esame a ritroso, consiste nella soluzione del problema a partire dal risultato ritenuto corretto.
3. Euristica basata sulla semplificazione, prevede di simulare la soluzione di una rappresentazione semplificata del problema.

Secondo gli autori, algoritmi ed euristiche vengono solitamente impiegati all'interno di un procedimento "per prove ed errori", tuttavia, per la soluzione di problemi complessi risulta necessario ricorrere ad altri strumenti. In particolare, talvolta, si evidenzia l'utilizzo dell'analogia, che permette di applicare schemi già esperiti per la soluzione di problemi passati, mentre, talvolta, si rende necessario l'impiego di un procedimento creativo, che prevede una risoluzione inusuale e innovativa del problema, a partire dalla ristrutturazione cognitivo-percettiva e riorganizzazione delle sue componenti (*insight*).

La risoluzione creativa appare però ostacolata da due fattori:

- ✓ impostazione soggettiva, consistente nella ripetizione di uno schema risolutivo già utilizzato e che ostacola l'emersione di schemi alternativi.

Ne deriva che l'esperienza, inibendo la produzione e la sperimentazione di nuove strategie risolutive, può rappresentare un peso per l'operatore;

- ✓ fissità funzionale, che rappresenta la difficoltà di attribuire funzioni alternative agli elementi che compongono il problema.

Per quanto riguarda giudizi e decisioni, secondo Nicoletti e Rumiati, questi sono spesso soggetti ad errori (bias), originati a partire da informazioni incomplete e/o imperfette e/o dall'applicazione di euristiche, volte a semplificare il processo decisionale. Le principali euristiche individuate dagli autori sono:

- ✓ *euristica della disponibilità o evocabilità*: eventi più ricorrenti nella memoria e/o con impatto emotivo più forte influenzano giudizi e decisioni;
- ✓ *euristica della simulazione*: tendenza a collegare conseguenze differenti ad un evento negativo trascorso o ad eliminare completamente il suo verificarsi;
- ✓ *euristica della rappresentatività*: si attribuiscono uno stesso ordine di caratteristiche ed esiti probabili ad eventi che vengono giudicati simili tra loro, spesso non considerando informazioni incongruenti con tale giudizio;
- ✓ *euristica dell'ancoraggio o dell'aggiustamento*: gli individui tendono a confermare, pur con qualche aggiustamento successivo, la prima valutazione da loro elaborata su un determinato fatto.

Infine, si rileva la presenza di altri tre fenomeni in grado di influenzare la presa di decisione. Il primo di questi, è l'effetto *framing*, che descrive l'influenza esercitata sulla decisione dalla modalità di presentazione della questione. Il secondo, l'*escalation*, rappresenta la situazione di un decisore che, nonostante l'irrazionalità di tale agito, persevera nella riproduzione di una decisione con il solo fine di non contraddire se stesso e le proprie scelte passate. Infine, il terzo fenomeno cui fanno appello gli autori è rappresentato dal *groupthink*, che si manifesta come uno stadio patologico ed estremo del "conformismo" di un gruppo cioè della tendenza dell'individuo a far convergere le proprie idee, opinioni e comportamenti verso la norma di un gruppo o di un altro individuo, cui si attribuisce conoscenza o potere. Tale effetto, studiato nell'ambito dell'influenza sociale, viene attribuito ad una mancanza di informazioni da parte del singolo (esperimento di Sherif sull'effetto autocinetico, 1936, e seguenti) o alla necessità di essere parte di gruppo per trarne benefici (esperimento di Asch, 1956, e seguenti). Quindi il termine *groupthink* indica quel sistema di pensiero che porta un gruppo,

chiuso omogeneo e coeso, a sopprimere il pensiero dei suoi singoli membri a favore dell'emersione di un pensiero comune, considerato quale unica alternativa corretta e condivisibile, nonostante le sue eventuali illogicità, incongruenza alla realtà e differenza dal pensiero dell'outgroup.

3. Il processo decisionale: caratteristiche e articolazione

L'interesse per lo studio dei processi decisionali ha preso avvio da studi che, mettendo in discussione l'assoluta razionalità del pensiero umano, hanno rivoluzionato il modo di concepire ed interpretare le decisioni umane. In particolare, fondamentale è stato il passaggio dalla concezione di uomo come soggetto dalla razionalità assoluta, ossia capace nelle decisioni di considerare, prevedere e controllare tutte le possibili variabili, a quella di soggetto dalla razionalità limitata (*bounded rationality*) e dunque deficitario in merito a tali capacità, in quanto portatore di limiti cognitivi e psicologici e condizionato dai contesti decisionali (Simon, 1957).

Tversky e Kahneman (1979), entro lo studio del ragionamento, dimostrarono l'esistenza di errori nel processo decisionale, in particolare in situazioni d'incertezza. Essi giunsero a sistematizzare importanti principi in merito al funzionamento delle dinamiche decisionali, raccolti nella "teoria del prospetto" e nella successiva "teoria del prospetto cumulativo", secondo le quali:

- ✓ gli individui concepiscono le opzioni di scelta in termini di perdite e guadagni, classificati in riferimento a criteri personali legati allo status quo individuale, e alla modalità in cui la problematica viene loro presentata (effetto *framing*);
- ✓ se posti di fronte ad una decisione che prevede solo perdite, gli individui sceglieranno l'opzione che prevede una perdita minore, anche se più rischiosa; di fronte a decisioni che prevedono possibilità di solo guadagno, invece, sceglieranno l'opzione corrispondente ad un guadagno sicuro, nonostante la scelta di alternative leggermente più rischiose potrebbe fruttare loro un guadagno superiore;
- ✓ gli individui tenderanno a prendere le loro decisioni considerando probabili anche eventi non improbabili; tale tendenza viene associata ad una generale propensione a sopravvalutare le probabilità più basse e a sottovalutare quelle medie e alte.

Successivamente, numerosi studi sono stati dedicati ad indagare le dinamiche decisionali e le loro conseguenze in diversi campi scientifici e professionali. Tale tendenza pare però non aver toccato il servizio sociale, in cui l'interesse delle ricerche si è concentrato piuttosto nella creazione di strumenti d'individuazione di fattori di rischio e protezione, finalizzati a diminuire l'incertezza della valutazione e la probabilità di errori (Baumann *et al.*, 2011; Fluke *et al.*, 2014; Bertotti, 2016).

Nel servizio sociale, le esperienze di ricerca sul processo decisionale sembrano essersi sviluppate solo a partire dagli ultimi decenni del secolo passato, in particolare nell'ambito della tutela dei minori, anche in risposta a gravi episodi di infanticidio ad opera di genitori già conosciuti dal servizio sociale. Tra queste esperienze si ricordano, a titolo esemplificativo, gli studi di Munro (1999) sugli errori nel processo decisionale.

La contemporanea letteratura di servizio sociale dedicata allo studio della decisione, sottolinea l'importanza di distinguere esplicitamente la decisione da altre azioni caratterizzanti l'operatività professionale, quali la valutazione, cui spesso si accompagna (Baumann *et al.*, 2011; Taylor, 2013; Fluke *et al.*, 2014; Bertotti, 2016).

3.1. La valutazione

Nell'argomentare la presa di decisione in ambito medico, Dewey (1993, p. 8) fornisce una breve ma sapiente differenziazione tra i concetti di valutazione (judgement) e di decisione (decision making). In particolare, egli descrive il primo come «l'accertamento e la valutazione di alcune alternative», mentre il secondo come «la scelta tra alcune alternative». Riprendendo la presente definizione, Taylor (2013, p. 9-10) suggerisce come il concetto di valutazione descriva l'azione, realizzata dal singolo operatore, di «considerare le evidenze, relative alla situazione di un utente o di una famiglia, alla luce delle conoscenze professionali in suo possesso, con la finalità di pervenire ad una valutazione professionale o alla formulazione di raccomandazioni». Per quanto concerne invece la decisione, egli in questa individua «la scelta di un corso d'azione, risultante da un atto deliberato che può essere messo appunto da una o più persone».

Vicina alla concettualizzazione di Taylor è quella di Baumann (2011) e Fluke (2014). Gli autori, nel trattare la presa di decisione nello specifico

contesto della tutela dei minori, identificano la valutazione come l'attività di assessment, svolta sulla base delle informazioni attuali, e la decisione come la scelta di dare o meno corso all'azione. Questi sottolineano inoltre come tali attività siano tra loro legate dalla presenza di una soglia (threshold), il cui superamento permette il passaggio dall'assessment alla decisione.

Bertotti (2016, p. 31), nell'analizzare il rapporto esistente tra le due attività, argomenta come la valutazione, consistente nel «processo di attribuzione di valore a determinati fatti o elementi, in base a parametri di qualità», rappresenti la tappa antecedente alla decisione sull'intervento. Rilevando come tali attività si differenzino anche su di un piano temporale, che vede riferirsi la valutazione al passato e la decisione al futuro, evidenzia la natura non lineare del rapporto che tra queste intercorre. Infatti, è possibile che il contenuto della valutazione non combaci completamente con la natura della decisione, dal momento che in quest'ultima possono influire anche altre variabili, non precedentemente coinvolte nell'attività valutativa, quali «la presenza di limiti e vincoli nel contesto, il mutamento delle condizioni della famiglia, il cambiamento del parere degli operatori, il sopravvenire di una nuova normativa e via dicendo» (ibidem, p. 33).

3.2. Prendere la decisione

Si procede ora all'analisi di due tra i principali modelli elaborati per sistematizzare il processo decisionale nel servizio sociale.

Il primo modello è definito come Professional Judgement and Decision-Making Process (Taylor, 2013). Il processo decisionale viene articolato in due macro-fasi, il parere professionale (professional judgement) e la decisione d'azione (deciding). La prima fase è a sua volta suddivisa in quattro passaggi: «raccolta delle informazioni» (gathering data); «ordinamento delle informazioni» (ordering data); «analisi delle informazioni» (analysing data); «identificazione delle alternative» (identify options). In particolare, il transito dal terzo al quarto ed ultimo step risulta conseguente al superamento della soglia di valutazione (threshold judgement), che funge da riferimento per la valutazione in quel determinato ambito. Per quanto concerne, invece, la fase della decisione d'azione vera e propria, egli individua due passaggi, la «scelta di una delle alternative di intervento» (select option) e la «pianificazione dell'intervento» (plan care) (ibidem, p. 13).

Il secondo modello, denominato Framing: analisi delle opzioni e valutazione del rischio è stato elaborato da Bertotti (2016) a seguito della revisione delle principali teorie sulla decisione. L'autrice suddivide il processo decisionale in tre fasi: il framing, l'analisi delle opzioni e la valutazione del rischio e, infine, la decisione vera e propria.

La prima fase del processo (framing) si realizza attraverso tre momenti: l'emergere della necessità di presa di decisione, l'analisi della situazione e, infine, la formulazione di un parere complessivo in merito al quadro decisionale. La necessità di procedere ad una presa di decisione può emergere per situazioni note o non ancora conosciute all'operatore. Nel primo caso, è possibile identificare alcune situazioni-stimolo, quali l'arresto della relazione, il permanere di uno status negativo o il verificarsi di nuovi fatti. Nel secondo caso, invece, le situazioni stimolo sono legate, in particolare, al sopraggiungere all'attenzione del servizio, in modo spontaneo o a seguito d'invio coatto, di una nuova situazione familiare problematica. Riconosciuta la necessità di prendere una decisione in merito alla situazione incontrata, l'operatore procede ad analizzarla per identificarvi gli elementi significativi. Questi, in particolare, permetteranno al professionista di costruire una definizione del problema e di tracciare i confini del quadro decisionale.

Nello svolgimento di tale analisi, Bertotti (2016) sottolinea la presenza di tre particolari fenomeni:

1. l'utilizzo, da parte degli operatori, di cornici personali, legate alle conoscenze sviluppate e all'esperienza accumulata, che hanno lo scopo di facilitare l'individuazione e la selezione delle informazioni, ma la cui adozione acritica rischia di trascurare altre informazioni ugualmente significative. Tale fenomeno permette di mettere in luce l'influenza del complessivo quadro decisionale sulla decisione stessa;
2. la presenza di una cornice normativa e di indicazioni, fornite dall'ordine professionale e dall'organizzazione di appartenenza, che l'operatore deve seguire nel rispetto del proprio ruolo. Si fa qui particolare riferimento ai mandati ai quali l'operatore è tenuto ad attenersi nell'esercizio della professione (Bartolomei e Passera, 2005), quindi (a) il mandato istituzionale che comprende «le funzioni che un professionista è tenuto a svolgere sulla base della normativa generale e specifica che informa l'organizzazione alla quale appartiene ed alla quale deve rispondere nel suo operato» al cui interno rientra il mandato organizzativo, che, comprendendo le funzioni e il ruolo di uno specifico operatore all'interno

del servizio di appartenenza, è da intendersi come «la declinazione di ruolo definita dall'organizzazione per garantire l'interazione coerente tra i diversi soggetti e l'adempimento della propria missione»; (b) il mandato professionale che «identifica i contenuti della professione (principi e valori, metodologia e modelli di riferimento, livelli di competenza, deontologia) storicamente definiti nella comunità professionale di riferimento nelle sue diverse espressioni»; ed infine (c) il mandato sociale che «rappresenta le indicazioni che provengono da ciò di cui la comunità necessita e ciò che la comunità richiede attraverso la domanda esplicita o implicita, recepita nel sistema normativo fondato sui principi costituzionali, che può essere rappresentata più o meno adeguatamente dalle istituzioni preposte e che si rivolge direttamente ad esse, oppure alle istituzioni politiche, oppure alla comunità scientifica»;

3. la presenza di due modalità di pensiero, intuitivo e analitico, che talvolta paiono prevalere l'una sull'altra e, talvolta, combinarsi.

Secondo Hammond (1996, p. 60), il ragionamento analitico consiste in un «processo graduale, consapevole e logicamente difendibile», mentre, al contrario, quello intuitivo in un «processo cognitivo che, in qualche modo, produce una risposta, una soluzione o un'idea, senza l'utilizzo di un procedimento cosciente, logicamente giustificabile e sequenziale». I vantaggi del primo sono la chiarezza e l'esplicitazione delle modalità che portano alla definizione di una determinata conclusione; i suoi svantaggi sono, invece, legati alla necessità di considerare tutte le variabili caratterizzanti una determinata situazione, operazione spesso resa difficile dalla complessità e incertezza della realtà contemporanea. Relativamente al ragionamento intuitivo, è possibile, invece individuare i seguenti vantaggi, rapidità di risposta e possibilità di utilizzo in situazioni complesse, e svantaggi, margini di errore più elevati, utilizzo di euristiche e pregiudizi. Nonostante la tradizione scientifica sostenga la contrapposizione tra queste due modalità del pensiero umano, Hammond ha sottolineato che queste debbano piuttosto essere viste come due dimensioni di una stessa capacità cognitiva, poste lungo un continuum, e da utilizzarsi in relazione alla natura della situazione analizzata.

Per quanto concerne il campo del servizio sociale, le teorie sulle forme di ragionamento sono state riprese da autori quali Munro (1999; 2012) e Fargion (2006). La prima, analizzando in particolare la decisione nell'ambito della tutela dei minori, sostiene che, nel ragionamento a guida dell'operato dei professionisti, prevalgono le componenti intuitive, mentre

quelle analitiche fungono da accompagnamento. Fargion, invece, riprendendo la modellizzazione proposta da Mannheim (1957), che distingue lo stile cognitivo in *romantic* e *enlightment*, riconducibili rispettivamente al ragionamento intuitivo e a quello analitico, osserva come negli operatori, nonostante la compresenza degli stili di pensiero, ve ne sia sempre uno predominante. In particolare, secondo l'autrice, gli operatori con uno stile "illuminista" (analitico) si caratterizzano per la «rappresentazione del lavoro sociale come di un processo razionale e sistematico, ma anche flessibilmente adattabile ai singoli aspetti del caso specifico». Gli operatori con uno stile "romantico" (intuitivo) riportano, invece, maggiori capacità di accogliere imprevedibilità e incertezza e di coinvolgere i vari stakeholder. Bertotti sottolinea come sia consigliabile che la valutazione «veloce ed olistica», fornita dal pensiero intuitivo, sia supportata «dall'esito di un ragionamento più deliberato, basato su regole», proprio dell'approccio analitico (2016, p. 114).

Una volta identificate le informazioni significative, l'operatore può arrivare a formulare un primo parere riassuntivo (valutazione), anche attraverso un utilizzo riflessivo di strumenti valutativi. Si giunge così alla valutazione di risorse e criticità della situazione e ad una prima individuazione delle possibili azioni d'intervento, attività che saranno la base per le successive fasi del processo decisionale.

Nel fornire indicazioni circa la strutturazione di una buona valutazione, molti autori (Palumbo, 2001; De Ambrogio, Bertotti e Merlini, 2007; De Ambrogio, Dessi e Ghetti, 2013) individuano un preciso percorso cui è possibile fare riferimento anche entro la presente fase del processo decisionale. In particolare, secondo tale concettualizzazione, la valutazione si apre con la definizione dei suoi oggetti e finalità, cui seguono l'individuazione di criteri e indicatori di valutazione, da un lato, e di fonti e strumenti di rilevazione delle informazioni, dall'altro. Le informazioni, una volta raccolte, vengono analizzate e inserite in un quadro complessivo (valutazione vera e propria), comprensivo del giudizio e dell'indicazione circa le risorse, le criticità e le possibili opzioni di intervento.

Con il termine della valutazione si apre la seconda fase del processo decisionale, che si compone dell'analisi delle opzioni, individuate nel corso della fase precedente, e della valutazione del rischio associato a ciascuna di esse.

Così come sottolineato dalla stessa Bertotti (2016), nonostante l'analisi delle alternative e dei loro esiti richieda un certosino lavoro di individua-

zione e valutazione dei rischi che in esse si insidiano, nell'operatività quotidiana, sono molti gli assistenti sociali che procedono "per prove ed errori". Una simile osservazione era stata presentata anche da Fargion (2006) che, nell'ambito della ricerca in merito all'utilizzo degli stili di pensiero, aveva rilevato come gli operatori caratterizzati da un approccio di pensiero "romantico" (intuitivo) fossero soliti utilizzare un simile procedimento per affrontare l'incertezza e la complessità delle situazioni. Il richiamo al pensiero intuitivo e a quello analitico non è casuale.

È possibile osservare che l'approccio intuitivo, come in parte già anticipato, può portare, in presenza di una bassa o nulla valutazione dei rischi associati a ciascuna opzione, a scegliere una tra le possibilità d'intervento in ragione di un mero procedimento "per prove ed errori". Laddove, invece, l'operatore si cimenti, pur sempre all'interno del panorama di ragionamento intuitivo, in una qualche attività valutativa, egli lo fa sulla base delle proprie conoscenze e della propria esperienza. Questa seconda possibilità permette di «individuare gli aspetti specifici del contesto e di coglierne l'evoluzione nel tempo, ma può essere meno affidabile [rispetto all'uso di un ragionamento analitico], proprio perché legato all'esperienza unica e soggettiva di chi analizza le opzioni» (Bertotti, 2016, p. 119).

L'approccio analitico, invece, prevede che l'operatore svolga la valutazione dei rischi connessi a ciascuna opzione d'intervento basandosi sull'individuazione di quei fattori che, a detta delle ricerche di settore, aumentano la probabilità di un esito negativo (fattori di rischio) e/o positivo (fattori protettivi). L'utilizzo di tale approccio permette di identificare il livello di rischio di ogni situazione ma fatica a fornire informazioni in merito ai possibili sviluppi futuri. Un'ulteriore criticità si osserva in merito all'impiego, in questa fase, di strumenti valutativi standardizzati. Nel servizio sociale, infatti, questi risultano ancora scarsi e, in molti casi, dal complesso utilizzo.

La fase finale del processo decisionale si realizza con la presa della decisione, ossia con la scelta e la realizzazione di una delle opzioni precedentemente individuate e analizzate, possibilmente la migliore in termine di rischi/benefici e di probabilità di realizzazione.

4. Il decision-making nei casi di tutela dei minori

L'analisi del processo d'intervento caratterizzante l'operato dei servizi di tutela dei minori, rivela come questo si contraddistingua per la presenza di una specifica valutazione, attuale e prognostica, del rischio di pregiudizio e per la definizione di un'adeguata ipotesi d'intervento.

Lo svolgimento di tali attività permette di individuare come le conoscenze fondamentali in questo ambito siano rappresentate da:

- ✓ teorie sullo sviluppo infantile e sulle relazioni familiari;
- ✓ ricerche su fattori di rischio e di protezione, maltrattamento e abuso infantile ed efficienza delle possibili soluzioni di intervento;
- ✓ normative internazionali, nazionali, regionali e regolamenti locali, così come linee guida e protocolli operativi, particolarmente utili all'indicazione di diritti e doveri dei diversi attori coinvolti e delle procedure da seguire.

Non è possibile prescindere da un utilizzo integrato di tali conoscenze, che consente, in parte, di riempire in modo utile, efficace ed efficiente lo spazio di discrezionalità e interpretazione lasciato ai professionisti in materia di valutazione e decisione.

Entro l'eterogenea complessità e delicatezza delle situazioni sociali incontrabili in quest'area, è possibile identificare come i principali dilemmi etici afferiscano all'ambito dei diritti individuali e del benessere e riguardino, in particolare, il contrasto tra il valore dell'autodeterminazione (art. 11, Codice Deontologico¹⁵) e quello della tutela del benessere e della sicurezza dell'utente (art. 14, Codice Deontologico¹⁶) (Banks, 1999). Spesso, infatti, «la necessità di protezione non è riconosciuta e condivisa dalle persone coinvolte» (Bertotti, 2016, p. 138), perché «è complicato mantenere in primo piano l'aiuto come essenza e tratto distintivo della professione mentre si è costretti a interrompere le relazioni tra un minore e i suoi genitori»

¹⁵ Il codice deontologico, all'art. 11, stabilisce che «l'assistente sociale deve impegnare la propria competenza professionale per promuovere l'autodeterminazione degli utenti e dei clienti, la loro potenzialità ed autonomia, in quanto soggetti attivi del progetto d'aiuto, favorendo l'instaurarsi del rapporto fiduciario, in un costante processo di valutazione».

¹⁶ Il codice deontologico, all'art. 14, stabilisce che «l'assistente sociale deve salvaguardare gli interessi ed i diritti degli utenti e dei clienti, in particolare di coloro che sono legalmente incapaci e deve adoperarsi per contrastare e segnalare all'Autorità giudiziaria competente situazioni di violenza o di sfruttamento nei confronti di minori, di adulti in situazioni di impedimento fisico e/o psicologico, anche quando le persone appaiono consenzienti».

(Cabiati, 2015a, p. 18) e, ancora, frequentemente l'operatore è costretto a realizzare interventi che rispondono a strategie in contrasto con i principi dell'etica professionale (Banks, 1999). Nel presentarsi di tale dilemma, variamente declinato entro le singole situazioni, si gioca lo spazio in cui l'operatore è chiamato a prendere una decisione. Nel farlo, egli non è solo, ma gode della collaborazione di una rete di servizi e risorse professionali. La collaborazione multiprofessionale è un'altra delle principali caratteristiche di questo specifico campo del lavoro sociale, in cui si rivela vitale la costruzione di decisioni multiprofessionali e di gruppo, capaci di rispondere in modo adeguato e completo alla complessità delle situazioni sociali e anche alle richieste, avanzate dall'Autorità giudiziaria eventualmente coinvolta, di valutazioni e proposte d'intervento per la tutela e la protezione del benessere dei minori. La partecipazione di più soggetti, istituzionali e non, al sistema di protezione, se, da un lato assurge a garanzia di una lettura ecologica della situazione, dall'altro, rappresenta una possibile fonte di situazioni dilemmatiche (Bertotti, 2012).

Ad integrazione di quanto precedentemente argomentato in merito ai fattori in grado di influire sulla presa di decisione nel servizio sociale (conoscenza, etica, emozioni e processi cognitivi), è possibile osservare la presenza di ulteriori variabili specificamente influenti sulle decisioni nell'ambito della tutela dei minori. Le principali esperienze di ricerca considerate nel panorama internazionale (poiché a livello nazionale non vi sono molti studi specifici di servizio sociale), guardano alla presa di decisione secondo un approccio ecologico, utilizzando in particolare due modelli, specificamente elaborati per l'analisi della decisione nell'ambito della tutela dei minori, quali: il modello *Decision Making Ecology* (DME) (Baumann *et al.*, 1997; Fluke *et al.*, 2014) e il modello *Judgments and Decision Process in Context* (JuDPIC) di Benbenishty, Davidson-Arad e collaboratori (2015).

Il modello DME si basa sull'ipotesi che «le decisioni si collochino entro una cultura organizzativa in cui il contesto sistemico si combina con le decisioni sul singolo caso elaborate dai dirigenti e dagli operatori dell'organizzazione» (Fluke *et al.*, 2014, p. 466). Tale modello è suddivisibile in tre parti distinte, ciascuna caratterizzata da una precisa tipologia di elementi: i fattori che influenzano la decisione, la decisione e gli esiti della decisione.

La prima parte del modello sottolinea l'esistenza di quattro tipologie di fattori in grado di influenzare le decisioni nella tutela. Queste, in particolare, sono identificabili nelle caratteristiche del caso (relative al minore e alla famiglia), del servizio (procedure, vincoli e risorse, carico di lavoro, cultura organizzativa, etc.), dell'operatore cui spetta la decisione (formazione, esperienza, orientamento personale, etc.) e nelle forze esterne (leggi, orientamento dominante, caratteristiche del luogo, etc.). La parte centrale è rappresentata dalla decisione ed è comprensiva:

1. del *decision-making continuum*, che include l'insieme delle decisioni che l'operatore prende nel corso complessivo del processo d'intervento, dalla presa in carico (*intake*), che implica appunto decidere se avviare o meno una valutazione, attraverso il possibile allontanamento (*removal*) e fino alla riunificazione (*reunification*) qualora fosse stato deciso l'allontanamento, o comunque alla chiusura del caso perché la situazione non rappresenta più un rischio per i minori;
2. dei processi psicologici della presa di decisione analizzati secondo il modello del *General Assessment and Decision-Making Model* (GADMM) (Cheyne *et al.*, 2012) che definisce il sistema di soglie attraverso il quale si arriva ad assumere una decisione; tale modello spiega come ogni operatore abbia una propria soglia (*threshold*) che permette il passaggio all'azione, intendendo come soglia il livello di informazioni necessario per passare appunto dalla valutazione alla azione. Questa soglia è appunto personale ed è influenzata dalle esperienze e dalla storia del professionista sia dalla soggettiva interpretazione dei fattori esterni e organizzativi. Ogni modificazione in ciascuno di questi fattori porta ad una modificazione della soglia.

La terza componente consiste, invece, nel risultato finale della decisione che, a sua volta, è in grado di influenzare i fattori inizialmente incontrati andando ad impattare nella decisione successiva. I risultati vengono presentati in termini di conseguenze per l'utenza, l'organizzazione e l'operatore.

Il secondo modello definito *Judgments and Decision Process in Context* (JuDPIC), prevede che l'operatore elabori la propria valutazione considerando le informazioni disponibili in merito al minore e alla famiglia. Egli analizzerà le informazioni facendo riferimento alle proprie caratteristiche personali e, se inserito in un'organizzazione, a quelle dell'organizzazione cui appartiene. La valutazione risultante porterà ad una decisione in merito all'intervento. Tuttavia, la relazione tra valutazione e decisione non è linea-

re ma mediata da numerosi fattori, tra i quali spiccano: le politiche di definizione delle soglie; la conoscenza maturata e la disponibilità di ricerche empiriche; i valori e gli orientamenti dominanti nel più ampio contesto e, infine, la presenza di vincoli e/o risorse. Secondo questo modello, dunque, «le decisioni relative al singolo caso sono inserite in contesti più ampi, come il contesto ecologico familiare, il contesto organizzativo dell'ente di appartenenza del professionista ed il più ampio contesto del sistema dei servizi nonché la pluralità dei contesti culturali» quindi «la valutazione e la decisione [...] sono il risultato delle complesse interazioni tra le caratteristiche del singolo caso e le caratteristiche dell'operatore che si trova ad assumere queste decisioni e l'azione di mediazione del contesto inteso in termini di risorse e limiti» (Benbenishty *et al.*, 2015, p. 64).

4.1. Fattori che influenzano le decisioni nella protezione dei minori

Volendo dare spazio alle molte ricerche, soprattutto internazionali, che hanno indagato i diversi fattori che influenzano la presa di decisioni nell'ambito specifico della tutela dei minori, si è scelto di utilizzare come bussola i modelli DME e JuDPIC, suddividendo quindi i risultati sulla base delle macro-categorie: fattori legati al caso; fattori legati al decisore; fattori organizzativi; fattori legati al contesto esterno; a cui si è valutato opportuno aggiungere l'orientamento in materia di *child welfare*.

4.1.1. Le variabili legate al caso

Alcuni autori affermano che determinati aspetti della realtà sociale in cui una famiglia vive possono avere conseguenze in termini di rischio di pregiudizio o di pregiudizio per i minori. Tra gli aspetti principali si rilevano la difficoltà di avere una fissa dimora, il coinvolgimento nella giustizia penale e la disoccupazione (Courtney *et al.*, 2010; Pecora *et al.*, 2003). Più in generale, la povertà risulta una condizione sociale che può portare a situazioni di emarginazione (Lindsey, 2004; Rivaux *et al.*, 2008; Wulczyn *et al.*, 2013) e conseguentemente porre i minori in situazioni di rischio. Questi esiti non vogliono invitare il professionista ad agire secondo pregiudizi e stereotipi riguardanti situazioni di marginalità, ma a tenere in debita consi-

derazione la natura oppressiva di queste condizioni economiche e alcune conseguenze strutturali che ne potrebbero risultare inevitabili (Keddell, 2014). Alcuni autori si sono soffermati sulle caratteristiche etniche sostenendo che possano influire sulla presa di decisioni (Font, Berger e Slack, 2012; Lindsey, 2004; Rivaux *et al.*, 2008; Dettlaff *et al.*, 2011). Ad esempio, Johnson e collaboratori (2002) rilevano che i professionisti sarebbero maggiormente inclini ad un allontanamento nei confronti delle famiglie afroamericane. Al contrario, secondo altri studiosi questa variabile non svolge un ruolo particolarmente significativo nella presa di decisioni (Font e Maguire-Jack, 2015).

Viene poi rilevata l'influenza di alcune specifiche problematiche che possono colpire i genitori con conseguenze importanti per i loro figli (Britner e Mossler, 2002; Christiansen, Havik e Anderssen, 2010; DePanfilis e Scannapieco, 1994; Noonan e Burke, 2005) quali l'abuso di sostanze e la conseguente esposizione dei bambini agli stupefacenti e all'alcol (Williams *et al.*, 2011), le malattie mentali o le ridotte capacità cognitive (Britner e Mossler, 2002; Davidson-Arad, 2005; Dorsey *et al.*, 2008, Horowitz *et al.*, 2011; Font e Maguire-Jack, 2015). Tali problematiche non sono sempre facili da rilevare e richiedono al professionista la capacità di costruire una relazione di fiducia con i genitori che rappresentano, oltre che la fonte del maltrattamento, anche la principale fonte di informazioni (Phillips *et al.*, 1971). La collaborazione dei genitori può comunque essere discontinua poiché può subentrare il timore dell'allontanamento del bambino nel caso in cui dovessero emergere elementi di pregiudizio o rischio di pregiudizio (Forrester *et al.*, 2008; Munro, 1999; Britner e Mossler, 2002; Keddell, 2014).

Infine, anche alcune caratteristiche dei minori quali l'età e il sesso (Cross e Casanueva, 2008, Benbenishty *et al.*, 2008; 2012; 2015; Baumann *et al.*, 2011; Fluke *et al.*, 2014) sembrano svolgere una loro azione in relazione alle decisioni maturate dagli assistenti sociali, anche se la dimensione maggiormente influente risulta essere la presenza di difficoltà psico-emotive (Bhatt-Sinclair e Sutcliffe, 2012).

4.1.2. Le variabili legate al professionista

Le decisioni che vengono assunte, anche nell'ambito della tutela dei minori, appaiono fortemente influenzate dalle caratteristiche di personalità degli operatori (Doyle, 2008). A questa dimensione strutturale, si aggiungono il bagaglio di esperienza e le decisioni assunte in precedenti casi, a guidare le scelte maturate, non garantendo sempre all'operatore una visione critica e un'analisi accurata della situazione (Gambrill, 2005; Garb, 1998, 2005; Munro, 1999; 2008; Stanley, 2013). Ancora, le valutazioni e le decisioni risentono dei valori personali degli operatori (Benbenishty, Osmo e Gold, 2003; Portwood, 1998; Stein e Rzepnicki, 1984), e delle preferenze e opinioni individuali che possono, in taluni casi condurre anche alla creazione di una immagine distorta della situazione reale (Davidson-Arad e Benbenishty, 2008; Berben, 2000; De Kwaadsteniet, 2009; Gambrill e Shlonsky, 2000; Garb, 2005; Osmo e Benbenishty, 2004; Schuerman, Rossi e Budde, 1999). Le decisioni degli assistenti sociali dipendono inoltre dall'età, dalle esperienze personali e dal bagaglio individuale costruito nel corso della propria vita (Gold *et al.*, 2001; Rossi *et al.*, 1999; Keddell, 2014). Alcuni autori sostengono che i professionisti più giovani, senza figli e con storie passate di maltrattamento, percepiscano un più elevato livello di rischio che li porta ad agire maggiormente verso la protezione del bambino (Brunnberg e Pečnik, 2007), mentre i più esperti con figli appaiono meno propensi alla misura dell'allontanamento (Davidson-Arad *et al.*, 2003; Brunnberg e Pečnik, 2007). L'appartenenza culturale e i modelli educativi esperiti influenzano la decisione (Jent *et al.*, 2011; Chan *et al.*, 2002), come anche il livello d'istruzione e di formazione e le capacità personali (Britner e Mossler, 2002; Jent *et al.*, 2011; Font e Maguire-Jack, 2015). Infine, il carattere, più o meno empatico (Davidson-Arad e Benbenishty, 2008) ha delle ripercussioni dirette sul giudizio professionale (Stein e Rzepnicki, 1984), sulle soglie decisionali (Dalglish, 1988; 2006; Rossi *et al.*, 1999) e sullo sviluppo di un pensiero critico con la conseguente esplorazione di nuove possibilità (Gambrill, 1997; 2007).

In ultimo, in considerazione della pratica diffusa nell'ambito della tutela di assumere decisioni in modo collegiale e condiviso, emerge la disomogeneità di pensiero tra professionisti (Lindsey, 2004) e la conseguente difficoltà di accordo nell'assunzione di una decisione (Berben, 2000; Britner e

Mossler, 2002; Gold, Benbenishty e Osmo, 2001; Munro, 2008; Schuerman *et al.*, 1999).

4.1.3. Le variabili legate all'organizzazione

Il contesto organizzativo deve risultare funzionale ad una professione che risente di numerose pressioni emotive evitando all'assistente sociale un sovraccarico di lavoro (Mor Barak, Nissly e Levin, 2001) e situazioni che possano portare al burnout (Anderson, 2000; Conrad e Kellar-Guenter, 2006).

Ciò che risulta incidere nel processo decisionale degli assistenti sociali è innanzitutto la collocazione geografica del servizio (Wynd, 2013), nonché le risorse sulle quali poter sviluppare gli interventi di aiuto e gli eventuali vincoli organizzativi (Lindsey, 2004; Baumann *et al.*, 2010; Dettlaff e Rycraft, 2008; Font e Maguire-Jack, 2015). Importante risulta l'utilizzo di strumenti e procedure standardizzati e condivisi per la valutazione e la decisione (Gillingham e Humphreys, 2010; Font e Maguire-Jack, 2015) e un giusto rapporto tra il numero di casi e il tempo a disposizione degli operatori (Child Welfare Information Gateway, 2003; O'Connor e Leonard, 2013; Font e Maguire-Jack, 2015). La trasparenza rispetto alla cultura organizzativa dell'ente (Nybell e Gray, 2004), nonché l'appoggio fornito ai dipendenti, sono fattori influenti, poiché un professionista che si sente protetto dalla sua organizzazione sarà maggiormente libero di assumere anche le decisioni più sofferte e difficili (Glisson e Hemmelgarn, 1998), guadagnandone in termini di soddisfazione lavorativa (Yoo, 2002).

4.1.4. Le variabili legate al contesto di appartenenza

Altri fattori incidenti nel processo decisionale riguardano il contesto sociale più ampio come le lacune giuridiche (Besharov, 1986), l'evoluzione storica del Paese (Gold, Benbenishty e Osmo, 2001), le condizioni economiche (Keddell, 2014), gli schieramenti dell'opinione pubblica in relazione ai servizi sociali e alla protezione dei minori (Gillingham e Humphreys, 2010; Benbenishty, Davidson-Arad, 2012; Fluke *et al.*, 2014), la presenza di un contesto multietnico (Fallon *et al.*, 2013; Font e Maguire-Jack, 2015).

Tutti questi fattori emergono dalle ricerche come elementi che influenzano le scelte degli operatori creando differenze nell'intervento messo in atto pur in presenza di casi con caratteristiche simili.

4.1.5. L'orientamento in materia di child welfare

Nelle ultime tre macro-categorie di variabili considerate (decisore, organizzazione e contesto esterno) riecheggia, quale fattore influente sulla decisione, l'orientamento in materia di child welfare, alla cui analisi la letteratura dedica particolare spazio.

Gli studi internazionali sostengono l'esistenza di due diversi orientamenti in materia d'interventi e politiche nell'ambito della protezione dell'infanzia: uno centrato sulla protezione dei minori (child protection) ed uno sul supporto genitoriale (family oriented) (Gilbert, Parton e Skivenes, 2011; Benbenishty e Davidson-Arad, 2008). Le differenze che caratterizzano questi due approcci, sono riassumibili attraverso quattro principali aspetti (Gilbert, Parton e Skivenes, 2011, p. 3):

1. «modalità in cui viene definito il maltrattamento o l'abuso sui minori: nel primo orientamento questo è definito come un danno provocato da parenti negligenti o incapaci; nel secondo, come una disfunzione all'interno del nucleo familiare provocata da elementi di carattere sociale e psicologico che però può essere modificata tramite aiuto e supporto;
2. modalità in cui viene trattato il maltrattamento o l'abuso sui minori: nel primo orientamento come un meccanismo per identificare la devianza e per cui viene data una risposta giuridica, in cui il focus è la valutazione del rischio per il minore; nel secondo come un meccanismo a cui è necessario dare una risposta terapeutica ai bisogni della famiglia, il cui il focus è la valutazione del bisogno della famiglia;
3. modalità di approccio dei professionisti: nel primo orientamento si contrappongono alla famiglia e alla rete parentale per tutelare il minore; nel secondo stringono alleanza con la realtà familiare per creare una collaborazione;
4. modalità di collocamento dei minori: nel primo orientamento la maggior parte dei collocamenti avviene in maniera coercitiva, tramite decreti dei tribunali; nel secondo i collocamenti sono frutto di accordi con i familiari».

Nel primo orientamento, secondo Fargion (2014), viene data priorità alla protezione del minore dal maltrattamento, inteso come fenomeno individuale, definito, prevedibile e correggibile. Laddove prevale questo orientamento, vi sono servizi specializzati nella tutela dell'infanzia, separati da quelli impegnati nella fornitura di supporto alle famiglie e vengono utilizzate procedure solitamente standardizzate. Qui, la valutazione assume i caratteri di un'indagine finalizzata al solo calcolo del rischio e alle successive individuazioni di adeguati interventi a favore del minore e trattamenti a favore dei genitori. In un simile contesto, la relazione tra operatore e genitori spesso assume la forma del contraddittorio, con i servizi schierati a protezione degli interessi dei minori e le famiglie concepite come loro oppositori.

Per quanto concerne la dimensione individuale, appare possibile connettere il presente orientamento con quanto osservato da Benbenishty e Davidson-Arad (2008; 2012) in merito all'atteggiamento degli operatori più favorevoli all'allontanamento dei minori in situazioni di rischio. Secondo gli autori, in particolare, tale atteggiamento si manifesta in una maggior disposizione dell'operatore verso la valutazione della fondatezza del maltrattamento nei confronti di casi segnalati, la proposta d'interventi più intrusivi (p.e. allontanamento) e il generale favore al collocamento eterofamiliare in affido o in struttura residenziale.

Il secondo orientamento, anche definito di supporto alla famiglia (Fargion, 2014), concepisce il benessere del bambino entro il più ampio contesto familiare, ponendo così il bisogno di protezione nel novero dei bisogni familiari, cui è possibile rispondere solamente attraverso una complessa gamma di interventi finalizzati a migliorare la vita dei bambini e anche quella delle loro famiglie. In ragione di una simile concezione dell'intervento sociale, i servizi che adottano il presente orientamento sono soliti non separare le unità d'intervento dedicate alla protezione del minore e quelle dedicate al supporto alla famiglia. La metodologia di lavoro, lungi dall'utilizzare procedure standardizzate, si basa su una maggior discrezionalità dell'operatore e sulla costruzione d'interventi personalizzati, elaborati anche facendo riferimento alle risorse di cui gli attori si mostrano depositari. In merito alla dimensione del singolo operatore, pare qui possibile un collegamento con l'atteggiamento meno propenso all'allontanamento, individuato da Benbenishty e Davidson-Arad (2008; 2012). Questo, in particolare, si caratterizza per la predilezione d'interventi a favore dell'intero contesto familiare, in particolare in ambito domiciliare, per una maggior parte-

cipazione di genitori e minori all'intervento e per un minor ricorso a misure di collocamento eterofamiliare che, laddove necessarie, sono ritenute utili se di breve durata.

A proposito della situazione italiana, secondo Bertotti (2012, p. 75), questa si caratterizza per un tentativo di «bilanciare i due orientamenti». Anche Fargion (2014, p. 27), evidenziando la presenza di una normativa dall'orientamento ibrido, cui tuttavia si accompagna una mancanza d'investimento nell'area del sostegno alle famiglie, giunge a simili conclusioni, mettendo altresì in luce la fatica che colpisce gli operatori, che, in una simile condizione di incertezza sono costretti ad operare «in modo schizofrenico» e, di conseguenza, a scegliere autonomamente quale orientamento prediligere, pur nel rispetto di vincoli superiori.

4. *Una ricerca sui processi decisionali nei servizi di Tutela dei Minori*

di Anna Dal Ben e Barbara Segatto

1. **Obiettivi e azioni**

Le decisioni degli assistenti sociali relative alla protezione e al benessere dei minori hanno la finalità di creare opportunità di cambiamento positive entro il contesto di vita del minore oggetto di tutela e, ove ciò non sia possibile, di individuare un luogo, fisico e relazionale, esterno al contesto familiare che ne garantisca il benessere.

Gli assistenti sociali sono dunque chiamati a svolgere una adeguata valutazione del contesto di vita del minore, in termini di rischi e risorse, e di tutte le possibili opzioni di intervento per poi giungere ad individuare, tra le diverse opzioni possibili, la migliore in termini di probabilità di realizzabilità, efficacia e successo.

È nel corso di tale processo decisionale che le caratteristiche del minore e della sua famiglia, gli atteggiamenti, i valori, le conoscenze e le modalità operative del professionista, nonché le risorse e i vincoli del contesto istituzionale e del territorio, si uniscono, producendo un quadro estremamente articolato capace di determinare risposte molto differenziate nella scelta dell'opzione più idonea.

La ricerca denominata *Decidere. Atteggiamenti, Pratiche e Prospettive nella Tutela del Minore* ha inteso indagare alcuni dei fattori intervenienti nel processo di presa di decisione dei professionisti assistenti sociali che operano nei servizi per la protezione e il benessere dei minori. Tale area di ricerca appare connotata da una scarsità di contributi provenienti dal contesto italiano, si intende quindi anche concorrere ad incrementare l'area degli studi relativi ai processi decisionali nel contesto delle ricerche di servizio

sociale italiane. A questo proposito, spostando il focus dall'obiettivo generale verso gli interrogativi specifici della ricerca, sono state indagate: le valutazioni e le modalità di intervento degli operatori; gli atteggiamenti verso l'allontanamento, il collocamento extrafamiliare, la riunificazione, nonché verso la partecipazione dei minori e dei genitori alle decisioni di protezione; le caratteristiche personali e le competenze professionali; la percezione della realtà organizzativa dei servizi e della gestione dei carichi di lavoro; l'orientamento in materia di *child welfare*.

Gli obiettivi generali e specifici del progetto di ricerca sono stati perseguiti attraverso differenti azioni che possono essere così riassunte:

- a) una approfondita analisi della letteratura, in particolare internazionale, relativa alla presa di decisione nell'ambito del servizio sociale e nello specifico contesto della protezione dei minori;
- b) l'individuazione dei principali strumenti quantitativi utilizzati nella ricerca internazionale di settore;
- c) la traduzione e validazione di tre strumenti quantitativi, originariamente in lingua inglese, riconosciuti dal gruppo di ricerca come particolarmente coerenti con le finalità dello studio. Si tratta nello specifico del *Vignette questionnaire* e del *The Child Welfare Attitudes Questionnaire* entrambi costruiti da Benbenishty e collaboratori (2003; 2008; 2012) e del *Investigation worker instrument* creato e validato da Dettlaff e collaboratori (2015);
- d) costruzione dello strumento della ricerca che è risultato composto dai tre strumenti di indagine sopracitati e da alcune domande create ad hoc dal gruppo di ricerca per un totale di 115 domande;
- e) caricamento online dello strumento tramite la piattaforma *limesurvey*;
- f) definizione dell'insieme empirico di riferimento della ricerca che è risultato composto dagli assistenti sociali operanti attualmente (o che vi hanno operato in passato) nei servizi dedicati alla tutela dei minori;
- g) definizione delle strategie di campionamento; considerando la scarsa predisposizione a partecipare alle ricerche di stampo quantitativo degli assistenti sociali italiani, si è optato per un campionamento non probabilistico, a valanga (*snowball sampling*);
- h) compilazione del questionario da parte degli operatori assistenti sociali dei servizi tutela minori (da aprile a settembre 2019);
- i) elaborazione statistica dei dati quantitativi tramite il programma di analisi statistica SPSS.

2. Metodologia

2.1. La somministrazione

Al fine di facilitare la compilazione dello strumento, e trattandosi appunto di un questionario, si è scelto di non optare per una compilazione cartacea o vis a vis ma di preferire una compilazione online. Tale modalità, oltre a garantire totale rispetto della privacy di coloro che avrebbero scelto di partecipare alla ricerca, ha consentito anche una rapida diffusione dello stesso entro le proprie reti di conoscenza, permettendo ai partecipanti di gestire autonomamente i tempi e i luoghi entro cui rispondere al questionario, che essendo composto da 115 domande richiedeva almeno un'ora di tempo, con la possibilità di riprendere la compilazione in più momenti, senza perdere la parte del lavoro svolto, che veniva salvata automaticamente dalla piattaforma.

2.2. Il campionamento

Allo scopo di raggiungere un congruo numero di assistenti sociali e consapevoli della scarsa propensione a partecipare a ricerche di stampo quantitativo da parte degli assistenti sociali italiani, si è scelto di utilizzare un campionamento non probabilistico denominato a valanga (*snowball sampling*), si è quindi proceduto contattando via mail gli assistenti sociali che lavorano attualmente presso dei servizi tutela e che avevano partecipato a precedenti ricerche realizzate dal gruppo di ricerca (Segatto, Dal Ben e Giacomini, in press) chiedendo loro sia di poter partecipare a questa ricerca, sia di divulgare tra i loro colleghi operanti in servizi tutela (attualmente o in passato) la nostra richiesta di partecipazione alla ricerca. Lo stesso è stato fatto attraverso la rete professionale LinkedIn dei membri del gruppo di ricerca.

Sono stati contattati oltre 1000 assistenti sociali, di questi 582 hanno iniziato la compilazione e 189 la hanno conclusa; dopo aver opportunamente ripulito il file dei dati solo 139 questionari sono risultati utilizzabili ai fini della ricerca.

Non avendo potuto utilizzare una modalità di campionamento di tipo probabilistico, i risultati e le considerazioni e conclusioni possibili non potranno essere considerate rappresentative degli assistenti sociali che opera-

no nei servizi sociali italiani ma solo indicative di tendenze certamente presenti nel gruppo di riferimento.

2.3. Lo strumento

Nella sua forma finale il questionario denominato *Decidere. Atteggiamenti, Pratiche e Prospettive nella Tutela del Minore*, è risultato composto da 115 domande a cui era possibile rispondere tramite alternative precostituite o attraverso scale di tipo Likert, vi erano anche due domande a risposta aperta, attraverso le quali si richiedeva di motivare la propria scelta rispetto ad un intervento di protezione.

Nella forma online, per facilitare la compilazione, il questionario è stato suddiviso in 6 sezioni.

1. *Dati socio-anagrafici e informazioni sul contesto lavorativo di apparenza.*
2. *Analisi di un caso* in cui si propone la lettura di un caso di tutela specifico, suddiviso in due parti, l'una riferita al momento della presa in carico e l'altra a circa due anni di distanza dall'intervento definito. Tale strumento, utilizzato in alcuni importanti studi internazionali comparativi, intitolato *Vignette questionnaire* (Benbenishty *et al.*, 2003; 2008; 2012), è stato prima validato nella sua versione italiana. L'obiettivo di questo strumento è quello di attivare un ragionamento tangibile sul processo decisionale, chiedendo agli intervistati, successivamente alla lettura di un caso di tutela reale, di indentificare gli elementi di rischio per i minori coinvolti e gli interventi più idonei sulla base delle informazioni fornite. Il caso descrive la situazione di un nucleo familiare costituito da due genitori e tre figli minorenni, due bambine di 6 e 4 anni ed un fratellino di 2 anni. La segnalazione ai servizi sociali arriva dall'insegnante della primogenita Diana. La prima parte del caso descrive la famiglia di Diana e gli elementi della segnalazione di Diana da parte dell'insegnante fotografati prima che sia intrapresa una qualsiasi azione da parte dei servizi sociali. Viene raccontato come l'insegnante avesse notato dei lividi in alcune parti del corpo della bambina che, negli ultimi mesi, era giunta a scuola anche con un braccio rotto e una spalla slogata. La bambina, inoltre, arriva spesso senza i materiali scolastici e veste in modo inadeguato alla stagione. Il nucleo viene descritto in difficoltà finanziarie e privo di una rete familiare di supporto, poiché i rapporti con le fa-

miglie di origine sono da sempre conflittuali. Le relazioni tra Diana e i genitori vengono raccontate come non adeguate: la madre la vede come una bambina troppo vivace e poco obbediente, mentre il padre come un'incapace, cosa che spesso le rimanda verbalmente. L'insegnante descrive Diana come una bambina introversa, con uno sviluppo cognitivo non corrispondente all'età anagrafica ed incline ad esplosioni di rabbia ingiustificata nei confronti dei pari. Si precisa anche come la madre appaia come poco collaborante e diffidente verso i servizi sociali. Al termine della lettura del caso agli intervistati è stato chiesto di valutare se Diana fosse stata vittima di maltrattamenti familiari, chiedendo di precisare il grado di rischio presente nel suo contesto di vita in riferimento a 5 diverse tipologie di maltrattamento (maltrattamento emotivo; maltrattamento fisico; negligenza emotiva; negligenza fisica; abuso sessuale) da esprimere attraverso una scala a 7 punti, dove 1 significa nessun rischio e 7 rischio molto elevato. È stata poi indagata la valutazione circa il grado di rischio di ulteriori maltrattamenti (fisici ed emotivi) qualora la bambina fosse rimasta presso la famiglia di origine, utilizzando la medesima scala a 7 punti. Inoltre, è stato chiesto ai partecipanti di indicare l'intervento che ritenessero più adeguato tra 5 possibili alternative, quali: 1. nessun intervento; 2. intervento indiretto attraverso altri operatori che sono in contatto con la bambina (per esempio, l'insegnante); 3. intervento diretto con i genitori senza allontanare la bambina dalla famiglia; 4. inserimento della bambina in un centro diurno, mentre si continua il lavoro con i genitori; 5. allontanamento la bambina da casa per un affidamento familiare, mentre si continua il lavoro con i genitori. In merito all'intervento scelto, è stato lasciato uno spazio di motivazione da compilare liberamente.

La seconda parte del caso, che veniva presentata agli intervistati solo dopo aver completato le risposte alle valutazioni sulla prima parte, descrive la condizione di Diana dopo due anni dalla decisione di collocarla in affidamento extrafamiliare. La situazione di Diana viene descritta come decisamente migliorata: la bambina ha rapporti positivi sia con la famiglia affidataria, sia con i coetanei, non mostra più attacchi di rabbia e ha un buon rendimento scolastico. Nessun cambiamento oggettivo si è tuttavia verificato nella famiglia di origine, che nel corso del tempo non ha aderito ad alcun progetto di intervento del servizio sociale. A questo punto agli intervistati è stato chiesto di valutare il rischio per Diana se

fosse rientrata presso la famiglia di origine, sulla scala a 7 punti precedentemente presentata. Successivamente, valutato il rischio, è stato nuovamente chiesto di scegliere quale intervento realizzare sulla base delle informazioni fornite, tra i seguenti: 1. riunire la bambina con la famiglia di origine, lavorando con la famiglia affidataria, i genitori biologici e la bambina, durante tutto il processo di riunificazione; 2. mantenere la bambina con la famiglia affidataria, lavorando con la famiglia affidataria, i genitori biologici e la bambina. In merito all'intervento scelto, è stato lasciato uno spazio per esprimere le proprie motivazioni da compilare liberamente. L'ultima parte di questa sezione presenta 9 affermazioni relative al caso di Diana, che gli intervistati sono chiamati a valutare attraverso una scala Likert a 5 punti, dove 1 indica totalmente in disaccordo e 5 totalmente in accordo. Le affermazioni riguardano l'adeguatezza del collocamento in affidamento extrafamiliare come intervento di protezione, rispetto al mantenimento della minore presso la famiglia di origine.

3. *Atteggiamenti e benessere dei minori*, questa sezione, composta da 50 item, esamina gli atteggiamenti dei professionisti nei confronti dell'allontanamento e della riunificazione con il nucleo di origine dei bambini in situazioni di rischio. La scala originaria dal titolo *The Child Welfare Attitudes Questionnaire*, costruita da Benbenishty e collaboratori (2003; 2008; 2012) e validata nella sua versione italiana indaga gli atteggiamenti degli operatori nei confronti di 6 tipologie di interventi e pratiche nell'ambito della tutela, presentando dichiarazioni a favore e a sfavore per ognuno di essi. Nello specifico, gli interventi sono: allontanamento dei minori dal nucleo familiare, ricongiungimento dei minori con il nucleo familiare, affidamento familiare, collocamento in comunità residenziale, partecipazione dei bambini alle decisioni, partecipazione dei genitori alle decisioni. Agli intervistati è stato chiesto di indicare il loro accordo con ciascuna affermazione attraverso una scala a 5 punti, in cui 1 indicava l'essere totalmente in disaccordo e 5 l'essere totalmente d'accordo.
4. *Orientamento in materia di child welfare*, attraverso un'unica domanda dicotomica, è stato chiesto agli intervistati se, nello svolgimento della loro professione, si sentano ideologicamente più orientati a (1) un servizio sociale rivolto alla protezione del minore in senso stretto: i danni che il minore potrebbe subire all'interno della propria famiglia sono frutto di

un contesto familiare disfunzionale per cui è necessario agire anche tramite misure giuridiche per tutelare il minore in breve tempo. La valutazione del servizio si focalizza sul rischio per il minore; oppure a (2) un servizio sociale rivolto al supporto alla famiglia: i danni che il minore potrebbe subire all'interno della propria famiglia sono frutto di un sistema sociale e culturale disfunzionale per cui è necessario collaborare con la famiglia per cercare di ripristinarne il benessere. La valutazione del servizio si focalizza sul bisogno del nucleo familiare.

5. *Competenze e realtà lavorative*, questa sezione intende misurare l'influenza dei fattori legati ai professionisti, intesi come singoli individui, e alla realtà organizzativa di appartenenza sulle decisioni in materia di benessere dei minori. Le domande che la compongono provengono dall'*Investigation worker instrument* creato da Dettlaff e collaboratori (2008; 2015), sulla logica del modello DME. Essi, riprendendo lo strumento originale di Baumann, Fluke e colleghi (Fluke *et al.*, 2001; Kern, Baumann and Fluke, 1997), aggiunsero alcune nuove dimensioni. Nella formulazione finale le scale sono 7:
- a. *competenze* del professionista nella gestione dei casi, distinte in competenze professionali quali la capacità di conduzione del colloquio, di ascolto, di counselling, di comunicazione non verbale, di ragionamento sul problema, di empatia, di gestione delle relazioni interpersonali fino alla sensibilità culturale; e competenze nella gestione dei casi, quali la capacità di raccogliere le informazioni sul caso, di valutare le informazioni sul caso, di avere una visione globale e completa sul caso, di prendere decisioni, di accuratezza nella valutazione sul caso;
 - b. *esperienze lavorative* connesse alle condizioni sul lavoro, come il carico di lavoro, il tempo a disposizione e la supervisione, quest'ultima area è stata tolta nella versione italiana poiché le ricerche realizzate nell'area della tutela dei minori avevano evidenziato la quasi totale assenza di supervisione all'interno dei servizi in Italia, inoltre, la sottoscala che indagava la dimensione della supervisione mostra punteggi di attendibilità non adeguati;
 - c. *decisione sull'allontanamento* dal nucleo di origine che intende misurare gli atteggiamenti degli operatori rispetto all'allontanamento attraverso due sottoscale, una legata all'orientamento interno dell'operatore e una legata all'orientamento esterno. L'orientamento

interno è caratterizzato maggiormente dalle esperienze personali e dagli atteggiamenti degli operatori soprattutto rispetto all'idea di genitorialità, mentre quello esterno appare guidato dalle caratteristiche del caso;

- d. *decisioni sugli interventi* che intende misurare gli orientamenti degli operatori nel determinare quale intervento da attuare, soprattutto in riferimento a situazioni di conclamato maltrattamento e/o abuso;
- e. *situazioni difficili* che intende indagare le competenze degli intervistati rispetto alla gestione di utenti ostili;
- f. *responsabilità*, misura le preoccupazioni degli operatori riguardo alle responsabilità che incidono sul processo decisionale e alla percezione di supporto da parte del proprio ente di appartenenza, anche a fronte di eventuali errori commessi durante il proprio operato;
- g. *risorse della comunità*, indaga la capacità degli operatori del caso di accedere alle risorse del territorio disponibili.

Alle domande gli intervistati rispondono attraverso una scala Likert a 7 punti dove, nel primo set di domande 1 significa nullo e 7 elevato, mentre nel secondo set, 1 significa totalmente falso e 7 totalmente vero, infine dal terzo set di domande fino all'ultimo, la scala andava da 1 che significa totalmente in disaccordo a 7 totalmente in accordo.

- 6. *Esperienze personali*, infine, l'ultima sezione del questionario indaga la presenza di eventuali esperienze potenzialmente traumatiche nel corso di vita degli operatori intervistati, quali maltrattamenti subiti, aborti, lutti, patologie croniche e altro ancora.

2.4. Le analisi dei dati

I dati quantitativi raccolti sono stati sottoposti ad analisi mono e bivariante. Nello specifico, oltre ad aver calcolato la distribuzione delle percentuali di risposte alle singole domande, è stata studiata attraverso l'analisi del Chi quadrato, del t di student e della varianza, l'incidenza delle variabili strutturali quali l'età anagrafica, il titolo di studio, gli anni di esperienza lavorativa, l'orientamento religioso, lo stato civile, la presenza di figli, la presenza di eventi traumatici vissuti, e infine, l'orientamento in materia di *child welfare*.

2.5. I soggetti della ricerca

Il questionario è stato compilato interamente da 139 assistenti sociali, di cui il 58,3% attualmente operanti nei servizi di protezione dei minori e il 41,7% da professionisti che, pur lavorando attualmente in altri ambiti, in passato hanno lavorato in questo specifico campo per un periodo della propria carriera professionale.

Rispetto alle caratteristiche socio-anagrafiche degli intervistati, il 95,7% è femmina, infatti il questionario è stato compilato solo da 6 maschi; tale percentuale appare in linea con la rappresentanza maschile complessiva nella professione pari a circa il 9% degli assistenti sociali in tutta Italia. In merito all'età, i rispondenti sono distribuiti in maniera omogenea in un arco di età che va da un minimo di 23 anni ad un massimo di 64 anni, con una media di 41,5 anni (d.s.= 10,95): il 21,6% ha un'età inferiore o uguale a 30 anni, il 26,6% ha dai 31 ai 40 anni, il 25,2% dai 41 ai 50 anni e il 26,6% oltre 51 anni. La maggior parte degli assistenti sociali convive con il proprio partner (41%), seguiti da coloro che sono sposati (26,6%) e dai single (23%). Solo il 9,3% del campione dichiara di essere separato o divorziato. Il 51,1% dei rispondenti ha almeno un figlio, tra questi la maggior parte ha due figli (46,5%) e il 18,3% ha tre o più figli; il 70,4% ha figli minorenni. Infine, in merito all'orientamento religioso, il 34,5% degli intervistati si dichiara credente non praticante, il 25,2% credente praticante, il 20,1% ateo, il 16,5% agnostico e il restante 3,6% afferma di professare altre forme religiose.

Una parte del questionario era dedicata ad indagare la presenza di vissuti traumatici nelle vite degli operatori. La letteratura, come già evidenziato, afferma infatti che alcune fratture nelle biografie di vita dei professionisti possano influire rispetto alle decisioni che vengono assunte in questo specifico ambito, legato alla famiglia e alla protezione dei bambini. Complessivamente, il 28,8% degli intervistati risulta aver sperimentato più di un evento traumatico nel corso della propria vita. Il 20% dichiara di essere stato vittima di una qualche forma di maltrattamento durante l'infanzia, mentre il 17,2% afferma di aver subito violenza da adulto. Il 23,7% ha perso un familiare o una persona significativa durante l'infanzia o l'adolescenza e il 47,8% nel corso dell'età adulta. Due assistenti sociali raccontano di aver perso un figlio, mentre 20 professioniste affermano di aver avuto un aborto, spontaneo o indotto. Rispetto alla presenza di patologie, il 14,9% dei soggetti soffre di una malattia cronica, mentre il 15,6% dichiara di aver soffer-

to di una patologia acuta. Infine, il 15,8% del campione ha avuto esperienza di una separazione o divorzio e solo il 5,2% afferma di essere stato vittima di gravi incidenti.

Passando invece alla dimensione della formazione di base, il 52,5% degli intervistati è in possesso del titolo di laurea magistrale mentre il 33,8% del solo titolo di laurea triennale e, inoltre, il 13,7% riferisce di aver acquisito anche dei titoli post lauream, quali master di I e II livello e dottorato. In riferimento alla formazione continua, è stato chiesto agli assistenti sociali se avessero, nel corso della loro carriera, partecipato ad iniziative formative specificatamente connesse ai temi della protezione e del benessere dei minori: la maggior parte dichiara di aver partecipato a convegni (66,3%), seguiti da coloro che hanno partecipato a corsi di specializzazione (25,5%) e ad una parte residuale che ha frequentato scuole di specializzazione (3,8%). La parte restante dei soggetti intervistati, pari al 4,3%, dichiara di non aver partecipato ad attività formative specifiche su queste tematiche.

Infine, è stata indagata la dimensione lavorativa in relazione all'anzianità di servizio: in media i rispondenti svolgono la professione da 15,5 anni (d.s.=10,65), da coloro che lavorano da meno di un anno fino ad un massimo di 40 anni. Complessivamente i soggetti sono equamente distribuiti nelle fasce individuate. Coloro che svolgono la professione da 10 anni o meno sono pari al 41,7%, coloro che lavorano dagli 11 ai 20 anni sono pari al 25,2%, infine coloro che la svolgono da più di 20 anni sono pari al 32,1%. È quindi possibile affermare che si tratta di professionisti mediamente giovani ma con un range di esperienza abbastanza diversificato in termini di anni di servizio. In merito allo specifico ambito della tutela dei minori, la media degli anni di servizio è pari a 9,08 anni (d.s. = 9,35), con un minimo inferiore all'anno ed un massimo di 40 anni. Il 51,8% vi lavora da o vi ha lavorato per meno di 5 anni, il 17,3% da 6 fino a 11 anni e il 30,9% per oltre 12 anni. Vi è pertanto quasi un terzo dei rispondenti che ha un'esperienza in questo specifico settore del servizio sociale più che decennale. Appare evidente come vi sia in questo ambito un tempo medio nettamente più basso rispetto a quello dedicato da tutti alla professione ad indicare forse un elevato turn over tra i professionisti. In relazione alla situazione contrattuale, la maggioranza degli intervistati (77,7%) è assunta dall'ente di appartenenza a tempo indeterminato, il 10,8% a tempo determinato e l'11,5% con altre forme contrattuali (es. partita iva, cooperativa o altro). Questo indica un buon grado di stabilizzazione degli intervistati, in

linea con i dati relativi agli anni di servizio. Rispetto all'attuale servizio di lavoro, solo il 13,7% lavora in un servizio che si occupa specificatamente solo di tutela dei minori: tra questi il 5,8% lavora in contesti che prevedono la presa in carico di situazioni in cui è coinvolta sempre l'autorità giudiziaria, l'1,4% in servizi che lavorano nell'ambito della beneficenza e il 6,5% in servizi misti. La maggioranza del campione (41,7%), invece, lavora presso consultori familiari afferenti alle ASL che hanno la delega per la tutela dei minori da parte dei comuni. Coloro che non lavorano nei servizi di protezione, si suddividono in modo estremamente variabile entro i diversificati ambiti di intervento del servizio sociale, ad esempio: 17,3% si occupa della popolazione adulta/anziana, il 5,8% di disabilità, altri in percentuali residuali lavorano nell'ambito delle dipendenze, dell'adozione, dell'immigrazione, della neuropsichiatria infantile e in altri servizi. Gli enti di appartenenza degli intervistati, si collocano in buona parte all'interno di contesti territoriali di dimensioni medio-grandi: il 33,8% dei professionisti dichiara che il territorio in cui è collocato il proprio ente conta tra i 50 e i 150 mila abitanti, seguiti da coloro che operano in realtà con oltre 150 mila abitanti (26,6%). Vi sono poi realtà territoriali più piccole, in cui lavora circa il 40% del campione, suddivisi quasi equamente tra coloro che operano in comuni che contano fino a 20 mila abitanti (il 19,4%) e coloro che operano in realtà che contano dai 20 ai 50 mila abitanti (20,1%).

È stato infine chiesto agli assistenti sociali quale ente nel territorio in cui svolgono la loro attività, abbia in carico i servizi per la protezione e il benessere dei minori: nel 62,6% dei casi la tutela è in capo al comune, nel 18,7% vi è una delega totale alle ASL, nel 4,3% vi è una gestione integrata tra più comuni, nello 0,7% la delega all'ASL è solo parziale. Vi è poi un 13,7% di risposte che afferisce ad altre forme organizzative.

Per concludere, è possibile affermare che, pur avendo adottato un campionamento a valanga, l'insieme empirico di riferimento presenta caratteristiche adeguatamente eterogenee in termini di età, esperienza lavorativa, ente di appartenenza e dimensione del territorio in cui viene svolta la professione, nonché rispetto alle altre caratteristiche socio-anagrafiche (stato civile, presenza di figli, religione): tale eterogeneità appare positiva poiché permette di valutare come queste differenze agiscano all'interno dei processi decisionali qui indagati.

3. Risultati

3.1. La valutazione del maltrattamento su Diana

A seguito della lettura del caso di Diana gli assistenti sociali che hanno partecipato all'indagine individuano in modo trasversale tre forme di maltrattamento rilevanti per la diagnosi della situazione: il 95,7% riconosce una situazione di *negligenza emotiva* (32,4 in totale accordo e 63,3 d'accordo), il 90,7% di *maltrattamento emotivo* (40,3 si dichiara totalmente in accordo e 50,4 d'accordo) e l'89,9% di *negligenza fisica* (64 totalmente d'accordo e 25,9 d'accordo) (tab. 1).

Tab. 1 – Frequenze e percentuali per la domanda “Crede che Diana sia stata vittima di una qualche forma di maltrattamento?”

		N	%
Maltrattamento emotivo	totalmente in disaccordo	0	0
	in disaccordo	5	3,6
	indeciso	8	5,8
	d'accordo	70	50,4
	totalmente d'accordo	56	40,3
Totale		139	100,0
Maltrattamento fisico	totalmente in disaccordo	0	0
	in disaccordo	9	6,5
	indeciso	60	43,2
	d'accordo	56	40,3
	totalmente d'accordo	14	10,1
Totale		139	100,0
Negligenza emotiva	totalmente in disaccordo	1	,7
	in disaccordo	1	,7
	indeciso	4	2,9
	d'accordo	88	63,3
	totalmente d'accordo	45	32,4
Totale		139	100,0
Negligenza fisica	totalmente in disaccordo	0	0
	in disaccordo	3	2,2
	indeciso	11	7,9
	d'accordo	89	64,0
	totalmente d'accordo	36	25,9
Totale		139	100,0
Abuso sessuale	totalmente in disaccordo	25	18,0
	in disaccordo	87	62,6
	indeciso	26	18,7
	d'accordo	0	0
	totalmente d'accordo	1	,7
Totale		139	100,0

A fronte della valutazione di negligenza emotiva e fisica unita ad un maltrattamento emotivo, gli operatori delineano un livello di rischio alto per la minore qualora rimanesse presso la famiglia biologica, che viene riconosciuto per il 95,7% del campione come un rischio alto o molto alto di maltrattamento emotivo, mentre il 70,5% rileva anche un rischio di maltrattamento fisico (tab. 2).

Tab. 2 – Frequenze e percentuali per la domanda “Come valuterebbe il livello di rischio per la bambina nel caso in cui restasse a casa?”

	N	%	
Maltrattamento fisico	rischio basso	5	3,6
	rischio moderato	36	25,9
	rischio alto	73	52,5
	rischio molto alto	25	18,0
	Totale	139	100,0
Maltrattamento emotivo	rischio basso	1	,7
	rischio moderato	5	3,6
	rischio alto	53	38,1
	rischio molto alto	80	57,6
	Totale	139	100,0

Interrogati sugli interventi da attuare, gli assistenti sociali intervistati mostrano di propendere per oltre il 50% per l’inserimento di Diana in un centro diurno, mentre solo il 30% preferirebbe l’allontanamento ed il collocamento in affidamento familiare. Meno rilevanti appaiono le altre opzioni fornite, quali: il supporto ai genitori (14,4%), interventi di tipo indiretto (2,9%), mentre solo un intervistato si esprime per il non intervento (tab. 3).

Tab. 3 – Frequenze e percentuali per la domanda “Quale intervento raccomanderebbe per questa situazione?” (valutazione sulla base degli elementi della segnalazione ai servizi)

	N	%
Inserimento della bambina in un centro diurno, mentre si continua il lavoro con i genitori	71	51,1
Allontanamento della bambina da casa per un affidamento familiare, mentre si continua il lavoro con i genitori	43	30,9
Intervento diretto con i genitori senza allontanare la bambina dalla famiglia	20	14,4
Intervento indiretto attraverso altri operatori che sono in contatto con la bambina	4	2,9
Nessun intervento	1	,7
Totale	139	100,0

Il campione mostra quindi una scissione tra coloro, numericamente minoritari (intorno al 30%), che opererebbero innanzitutto a protezione di Diana attuando un allontanamento per poi intervenire sull'ambiente di vita familiare, e coloro, maggioritari (intorno al 70%), che opererebbero a sostegno della famiglia attraverso l'inserimento della bambina in un centro diurno o un intervento di supporto diretto con i genitori.

Attraverso una domanda aperta, associata alla decisione sull'intervento più idoneo, si chiedeva agli intervistati di spiegare la propria scelta. L'analisi delle risposte permette di comprendere meglio le intenzioni degli operatori.

Coloro che individuano come intervento preferenziale quello diretto con i genitori spiegano come ritengano di non avere sufficienti informazioni sulla situazione e necessitano quindi di approfondire la conoscenza del nucleo per giungere alla corretta diagnosi:

Per una corretta valutazione della situazione mancano ancora molti elementi. Pertanto, chiederei all'autorità giudiziaria di disporre un'indagine psico-sociale sul nucleo con valutazione delle competenze genitoriali e contemporaneamente chiederei la possibilità di attivare un intervento domiciliare che possa osservare le dinamiche relazionali all'interno del domicilio e supportare i genitori nel proprio ruolo.

Procederei con l'attivazione di una educativa domiciliare osservativa per raccogliere più elementi che riguardino l'intero nucleo, dato che sono presenti 3 minori che assistono alle scene di rabbia e che vivono nello stesso contesto (privo di giochi ecc.).

Ritengo sia necessario raccogliere più elementi possibili sulle dinamiche familiari dei due nuclei, materna e paterna, approfondendo sia la relazione con la madre e osservare la relazione con il padre e con la nonna paterna nel contesto nel quale vivono.

Va fatta una valutazione più dettagliata della situazione sia attraverso un approfondimento con i genitori, che con la bambina al fine di individuare il rischio pregiudizio effettivo, i danni se già presenti e le risorse residue.

Visto che i genitori si sono opposti ad un affidamento consensuale, proporrei l'inserimento della bambina in un centro diurno (dopo la scuola) in attesa di fare approfondimenti con i genitori e se necessario segnalare la situazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni chiedendo eventuali interventi se non fosse possibile lavorare nella beneficenza.

Altri sottolineano l'opportunità di mantenere Diana presso il nucleo di origine in considerazione della sua tenera età e del legame con i fratelli con cui immaginano vi sia una relazione significativa; questo significa tutelarla dalla stigmatizzazione derivante dall'allontanamento che la farebbe sentire l'elemento "sbagliato" del nucleo familiare confermando i continui giudizi negativi che, in particolare il padre, esprime su di lei:

Considerata la tenera età della minore, attiverai più interventi a sostegno della genitorialità e a supporto della madre che appare sovraccaricata dalla situazione.

Prima di prendere la decisione di allontanare la bambina da quelli che sono comunque i suoi riferimenti affettivi, metterei in atto delle azioni con i genitori senza allontanare la bambina, anche nella considerazione che sono presenti altri due bimbi, con i quali Diana è in relazione.

Allontanare Diana (centro diurno o affido), rischierebbe di minare la sua autostima facendole pensare di essere lei "sbagliata" come già le dice il padre.

Altri ancora, ritengono rilevante dedicare un tempo all'ascolto dei genitori, quale modo per condividere la valutazione sul maltrattamento e costruire un territorio di lavoro comune prima di qualsiasi altro intervento, soprattutto alla luce dell'indisponibilità della madre all'affido:

Considerando che la madre non è d'accordo sull'allontanamento temporaneo, proporrei come primo tentativo un intervento diretto con i genitori.

È necessario che i genitori acquisiscano consapevolezza delle loro negligenze e costruire da ciò una relazione di aiuto.

È necessario condividere con i genitori l'ipotesi di maltrattamento fatta dall'assistente sociale e l'idea di allontanare la bambina per comprendere possibili margini di accordo ed eventuale cambiamento dei genitori.

Non ci sono evidenze di un vero maltrattamento fisico, allontanare la bambina al momento farebbe perdere la collaborazione con i genitori. Va data un'opportunità alla coppia di potersi confrontare con i loro limiti, senza arrivare subito ad un allontanamento della minore.

Coloro che individuano come intervento auspicabile il “collocamento presso un centro diurno” di Diana, lo ritengono l’opzione più adeguata per rispondere ai bisogni della bambina, perlomeno in una prima fase, con l’obiettivo di mantenere aperta la possibilità di creare una alleanza con i genitori:

Il parziale allontanamento da casa della bambina muterebbe l’attuale equilibrio dannoso e obbligherebbe i genitori, in particolare la madre che ha il carico familiare, a ripensare alla propria situazione e forse ad accettare l’aiuto dei servizi.

In questo modo è possibile allontanare la bambina dal nucleo familiare senza creare una frattura definitiva con i genitori e dall’altra parte si dà alla bambina la possibilità di essere inserita in un ambiente sano ed equilibrato.

Penso che inizialmente sia necessario attuare un provvedimento graduale che permetta di inserire Diana in un contesto protetto in un arco di ore ampio durante il giorno ma non allontanarla del tutto perché non aiuterebbe nella costruzione di un possibile rapporto di fiducia con il nucleo familiare, considerando che ci sono altri due minori.

Nella fase attuale di intervento in beneficenza, l’inserimento in centro diurno permette di avere un monitoraggio quotidiano della bambina e di comprendere la reale adesione dei genitori ad un eventuale progetto di presa in carico proposto.

Poiché la minore non vive in un ambiente tutelante, e dati i lunghi tempi richiesti per creare un rapporto di fiducia/collaborazione famiglia-servizi, non escluderei, da subito, l’inserimento della bambina in un centro diurno e/o attivazione servizio educatore a domicilio.

Oppure, come intervento capace di tutelare la minore in attesa del tempo necessario a completare la valutazione della situazione e delle competenze genitoriali:

Al fine di valutare l’auspicabile collaborazione dei genitori e la loro capacità di consapevolezza circa il benessere della figlia, ritengo che, inizialmente, l’inserimento della minore in un centro diurno garantisca alla bambina con contesto sufficientemente tutelante e anche in grado di poter effettuare un’osservazione mirata sulla minore.

Con l'obiettivo di tutelare la minore, completare la valutazione e ricercare la collaborazione della famiglia.

Inserimento della minore presso centro diurno pomeridiano per monitorare e valutare in maniera approfondita la situazione.

O ancora, in considerazione dell'opposizione della famiglia all'affido, per garantire una forma di tutela per Diana, sempre mantenendo aperta la possibilità di lavorare con la famiglia di origine:

Credo che la minore non debba essere esposta ad una situazione di rischio e per questo motivo il centro diurno rappresenti un'adeguata mediazione perché potrebbe essere accolta dalla famiglia e allo stesso tempo darebbe la possibilità alla minore di essere accolta in uno spazio per lei tutelante in grado di rispondere ai bisogni di sostegno, accoglienza e relazione.

Data l'opposizione della madre nel pensare ad un affidamento, l'opzione di inserire la minore in un centro diurno in cui può trovare figure che possono aiutarla a gestire la rabbia potrebbe essere quella migliore, questa permetterebbe inoltre ai genitori di intraprendere un percorso positivo per la figlia e anche per gli altri figli.

Valutato che la proposta dell'affido familiare non è stata bene accolta, la possibilità di una struttura diurna potrebbe essere considerata meno svalutante per i genitori della minore che accetterebbero forse meglio il distacco, rendendo possibile anche il lavoro con loro.

Infine, una parte residuale degli intervistati, ritiene che in tale contesto educativo si potrebbe lavorare su alcuni degli aspetti disfunzionali descritti, caratterizzanti le modalità relazionali di Diana:

L'inserimento in centro diurno permetterebbe di non rafforzare l'idea di una certa "esclusione" della bambina dalla famiglia, essendo lei ritenuta già "difficile" rispetto agli altri fratelli. Nel contempo, si potrebbe lavorare sui comportamenti difficili e oppositivi della bambina all'interno del centro diurno e valutarne le relative difficoltà.

Come primo intervento quello dell'inserimento in un centro diurno anche per dare lo spazio e il supporto alla bambina di sperimentare altri ambienti di maggior supporto.

Coloro che scelgono di intervenire attraverso l'allontanamento di Diana ed il suo "collocamento consensuale in un contesto di affido familiare", spiegano come tale intervento sia sostanzialmente orientato alla tutela della minore – *il mio utente è principalmente la bambina. È lei che devo tutelare.* Entro questa scelta, alcuni sottolineano come tale intervento sia imprescindibile alla luce dei fattori di rischio presenti nella condizione di vita familiare di Diana:

Gli indicatori di rischio sono troppo alti per consentire la permanenza della bambina all'interno del proprio nucleo familiare.

Vi sono numerosi fattori di rischio presenti e pochi fattori protettivi.

A un rischio alto deve coincidere una tutela più forte; è corretto lavorare con i genitori e cercare collaborazione e consenso, ma la protezione del minore deve venire prima.

I fattori di rischio di maltrattamento e trascuratezza sono chiari e numerosi quindi non è possibile agire attraverso blandi interventi di aiuto – anche in funzione della poca disponibilità e consapevolezza della famiglia – ma è invece necessario agire in modo veloce con un intervento consistente di protezione della bambina.

Trattandosi di una situazione a rischio elevato per la continua esposizione a fattori non protettivi (ira paterna, maltrattamento emotivo, trascuratezza fisica...), mantenerla nel contesto familiare di origine continuerebbe a danneggiare lo sviluppo della bambina.

Altri, sottolineano invece l'importanza di fornire a Diana un ambiente di crescita adeguato, nel quale poter acquisire modelli relazionali positivi, accrescendo la propria autostima.

Credo sia importante garantire alla bambina un ambiente di crescita sereno e che le consenta un adeguato sviluppo psico-fisico, consentendole di sperimentare il suo essere bambina senza doversi mettere in situazioni pericolose.

Permettere a Diana, attraverso l'affido (anche soltanto diurno, eventualmente), di fare esperienza di rapporti familiari sereni e amorevoli per fare breccia sulla sua scorza dura che ha dovuto costruirsi addosso per sopravvivere in quel contesto, in particolare sopravvivere al rifiuto che entrambi i genitori provano nei suoi confronti.

Perché la bambina possa affiancare al modello di famiglia che ha visto, anche un altro modello maggiormente funzionale e nel quale posso essere accolti i bisogni di crescita finora inascoltati.

Altri ancora, ritengono importante sottolineare come, tale intervento di allontanamento, debba considerarsi temporaneo e finalizzato ad offrire alla minore un contesto protetto nell'attesa di provvedere ad attivare tutti quegli strumenti necessari a ripristinare una situazione di protezione anche nel suo ambiente di origine:

La considero una misura di protezione temporanea in modo da offrire alla bambina un contesto sano, neutro e arricchente, con l'esempio di figure di riferimento adulte positive. I genitori naturali avrebbero l'opportunità di distanziarsi temporaneamente dalla figlia cercando di lavorare sulle proprie fragilità e nella loro funzione genitoriale che tornerebbe fondamentale anche per gli altri figli.

L'inserimento della bambina in un contesto familiare terzo, il sostegno alla coppia genitoriale verso la consapevolezza della propria condizione di genitori, si delineano come premesse di base ad un lavoro di recupero della genitorialità e al possibile rientro di Diana in famiglia, in base all'evoluzione della situazione familiare.

Vi è la necessità di mettere in protezione la minore nell'attesa che sia effettuato un lavoro con i genitori di consapevolezza circa i bisogni della figlia e che possa essere ipotizzabile un loro ingaggio in un progetto familiare di modifica dei comportamenti nell'ottica della tutela dei figli.

Qualche operatore fa riferimento a questa misura come modalità per poter realizzare una più approfondita valutazione allo scopo di procedere con gli adeguati interventi di tutela:

Ritengo importante un intervento che distanzi le parti, anche se temporaneamente, per meglio valutare i rischi ambientali familiari e i bisogni di cura della minore, poi dopo una prima valutazione se i rischi fossero bassi e i bisogni di cura maggiori, si potrebbe pensare ad una evoluzione verso l'affido diurno, piuttosto che residenziale.

Questo intervento consentirebbe di mettere in protezione la minore e di intraprendere al contempo una valutazione approfondita delle competenze genitoriali e di conseguente possibili progettualità da avviare.

In ultimo, appare interessante segnalare due affermazioni che faticano a trovare posto entro i raggruppamenti fin qui definiti ma che appaiono comunque di rilievo. Vi è, da una parte, un operatore che ritiene fondamentale l'allontanamento, non solo di Diana, ma di tutti i bambini inseriti in questa famiglia; mostrando come i fatti occorsi a Diana muovano nel suo pensiero una preoccupazione per tutta la fratria per la quale adotterebbe, senza tergiversare ulteriormente, una misura importante che, alleggerendo i genitori, potrebbe mostrare le risorse del nucleo e la capacità o meno di attivare cambiamenti:

Proporrei l'allontanamento di tutti e 3 i minori per aiutare i giovani genitori a prendersi cura di sé stessi e della loro coppia, per capire se c'è possibilità di miglioramento personale e lavorativo.

Dall'altra parte un intervistato dopo aver scelto l'opzione allontanamento per collocamento in affido, precisa come a suo parere un contesto comunitario sarebbe però auspicabile rispetto a quello familiare:

Sarebbe auspicabile il collocamento in una comunità educativa piuttosto che con una famiglia.

Purtroppo, l'intervistato non fornisce ulteriori chiarimenti lasciando aperte diverse interpretazioni che ci si augura troveranno spiegazione nelle prossime parti del questionario.

Tab. 4 – Frequenze e percentuali per la domanda “Come valuterebbe il livello di rischio per la bambina nel caso in cui tornasse con la sua famiglia biologica?”

		N	%
Maltrattamento fisico	rischio basso	7	5,0
	rischio moderato	37	26,6
	rischio alto	65	46,8
	rischio molto alto	30	21,6
	Totale	139	100,0
Maltrattamento emotivo	rischio basso	0	0
	rischio moderato	6	4,3
	rischio alto	63	45,3
	rischio molto alto	70	50,4
	Totale	139	100,0

A fronte degli avvenimenti occorsi nel periodo che Diana ha trascorso in affido eterofamiliare, gli intervistati non modificano in modo rilevante la

loro valutazione del contesto familiare di origine della minore: identica è la percentuale di assistenti sociali che continua a ritenere a rischio di maltrattamento emotivo l'ambiente familiare di origine di Diana.

Osservando le frequenze (tab. 4), si nota come ciò che si è modificato sia la collocazione dei punteggi sul livello di rischio: coloro che valutano la situazione come a "rischio molto alto" di maltrattamento emotivo diminuiscono da 80 a 70, mentre coloro che valutano la situazione come a "rischio alto" crescono da 53 a 63. La percentuale di chi valuta il rischio di maltrattamento fisico invece scende, seppur solo di due punti percentuali: da 70,5% a 68,4%. Osservando le frequenze, si assiste per il maltrattamento fisico ad un movimento opposto a quello del maltrattamento emotivo: aumentano coloro che valutano come "molto alto" il livello di rischio, passando da 25 a 30, mentre diminuiscono coloro che percepiscono come presente un "rischio alto", che passano da 73 a 65.

Per quanto concerne il tipo di intervento da attuare, le valutazioni degli intervistati dopo la lettura degli avvenimenti che hanno avuto seguito all'allontanamento di Diana dalla famiglia di origine e al collocamento della minore in affido, si differenziano molto dalle valutazioni espresse alla lettura dei dati di apertura del caso (tab. 3). La quasi totalità degli assistenti sociali intervistati (96,4%) ha valutato opportuno mantenere il collocamento della minore fuori famiglia, mentre solo una parte residuale (3,6%) si è dichiarata favorevole al ricongiungimento (tab. 5).

Tab. 5 – Frequenze e percentuali per la domanda "Quale intervento raccomanderebbe per questa situazione?" (valutazione sulla base degli elementi raccolti nel periodo di collocamento fuori famiglia)

	N	%
Riunire la bambina con la famiglia di origine, lavorando con la famiglia affidataria, i genitori biologici e la bambina, durante tutto il processo di riunificazione	5	3,6
Mantenere la bambina con la famiglia affidataria, lavorando con la famiglia affidataria, i genitori biologici e la bambina	134	96,4
Totale	139	100,0

Il campione ha mostrato come, pur avendo inizialmente dichiarato una maggiore propensione al sostegno del nucleo familiare, di fronte all'evidenza di un'assenza di cambiamenti da parte della coppia genitoriale tali da garantire un livello adeguato di benessere per la minore, la decisione

adottata sia quella di tutelare Diana, garantendole il diritto di vivere in un contesto evolutivo protetto in cui possa esprimere le sue potenzialità.

Andando ad osservare le risposte aperte, coloro che si dichiarano nuovamente orientati alla riunificazione del nucleo, mostrano posizioni ideologicamente contrarie all'allontanamento, in particolare quando effettuato senza il consenso dei genitori:

Credo che l'appartenenza alla famiglia biologica strutturi meglio la crescita, sempre che si lavori al meglio sulla genitorialità e la si sostenga con metodo e professionalità adeguati.

Sulla base delle narrazioni proposte, l'istituto dell'affidamento sembra essere stato di natura obbligatoria. È mio parere ritenere che la misura dell'affidamento sia da percorrere quando esistono le condizioni del consenso da parte di entrambe le famiglie: quella di origine e quella affidataria.

I professionisti che invece si dichiarano favorevoli al proseguimento dell'affido, sottolineano come sia necessario tenere in considerazione quanto espresso dalla bambina:

Credo che non sarebbe opportuno ignorare la manifestazione di consenso di Diana, è evidente che la bambina ha trovato nella famiglia affidataria tutto ciò che le mancava in quella biologica.

Asseconderei la volontà della bambina alla luce dei miglioramenti e soprattutto valutando la non collaborazione dei genitori biologici.

Dato che la minore ha esplicitato la volontà di rimanere con la famiglia affidataria, risulta più adeguata questa scelta in vista di un sano e positivo sviluppo psico-fisico, dati i miglioramenti nel comportamento e nelle relazioni della ragazzina.

Intervento che tiene conto dell'interesse e della voce del minore.

La scelta di questa via è dovuta in particolare al desiderio espresso della bambina! E dai miglioramenti comportamentali della stessa.

Mantenere la bambina presso la famiglia affidataria garantisce non solo la protezione della minore ma anche l'ascolto del suo desiderio di non fare rientro presso la famiglia biologica.

Questi assistenti sociali ritengono rilevante sia la positiva evoluzione della bambina nel contesto affidatario, sia il mancato cambiamento del contesto familiare di origine:

A distanza di oltre due anni i genitori non hanno mostrato alcuna volontà/capacità di effettuare un lavoro personale sulla genitorialità né accettare e collaborare con coloro che temporaneamente si sono occupati della figlia. Il rischio di un rientro in famiglia appare molto elevato.

Se non ci sono stati cambiamenti, non ci sono le condizioni per un rientro nella famiglia biologica; inoltre allontanare la bambina dalla famiglia affidataria in questo momento rischia di creare ulteriore danno alla minore.

Se la famiglia non si è fatta prendere in carico, riprodurrebbe le medesime modalità con la figlia che è ancora troppo piccola (8 anni) per poter avere interiorizzato un modello di famiglia funzionale. Si tratta probabilmente di una bambina troppo carenziata per aver fatto sufficienti esperienze riparative.

Sarebbe utile mantenere la piccola in famiglia affidataria, anche in ragione della mancata collaborazione dei genitori che, non avendo compreso le necessità e i bisogni emotivi, educativi e personali della figlia, non avendo raggiunto le sufficienti consapevolezza, rischiano di mettere in atto le medesime dinamiche precedenti, inadeguate per la piccola.

La famiglia d'origine presenta gli stessi atteggiamenti di quando è stato eseguito l'allontanamento. Il rischio per la bambina sarebbe il medesimo dell'inizio. Inoltre, nel frattempo la bambina ha sviluppato un attaccamento significativo con la famiglia affidataria che, nel caso tornasse nella propria famiglia, sarebbe interrotto.

Nonostante la madre insista nel rivolgere la figlia in casa nei due anni che hanno visto la figlia collocata presso una famiglia affidataria, i genitori biologici non si sono mostrati propensi ad una progettualità, né si sono interessati alla figlia, per tale ragione ritengo opportuno per il maggior interesse del minore che questa rimanga con la famiglia affidataria.

La prognosi circa la recuperabilità dei genitori di Diana è negativa. La mancanza di collaborazione e di adesione ai percorsi ha impedito un reale cambiamento e miglioramento delle funzioni genitoriali.

La situazione si è evoluta in un modo che ha portato all'attenzione come i genitori naturali non siano sufficientemente tutelanti nei confronti della figlia.

Alcuni intervistati sottolineano come il prosieguo dell'affido debba essere finalizzato certamente a garanzia di tutela per Diana, ma anche per lasciare un ulteriore tempo ai servizi al fine di agganciare i genitori in un lavoro sulle proprie competenze parentali e sui bisogni della minore, così da assicurare un suo rientro in famiglia in un momento successivo:

Dal momento che la bambina non accetta di rientrare nella famiglia d'origine, sarebbe auspicabile che si intervenga lasciando la bambina presso la famiglia affidataria e si lavori affinché il rientro avvenga in maniera graduale e con la partecipazione nel progetto di tutti i soggetti coinvolti: i genitori biologici, la bambina e la famiglia affidataria.

È l'unica opzione per non arrivare ad un distacco definitivo tra Diana e la famiglia biologica.

Mantenimento della tutela e dei progressi della minore non desistendo dal lavoro con la famiglia d'origine. Seguire a perseguire la ricerca del confronto sul riconoscimento dei bisogni della figlia e delle possibilità di sostegno che il servizio sociale può offrire anche, ma non solo, a fronte del fatto che sono genitori di altri due minori.

Manterrei la minore presso la famiglia affidataria perché, da quanto emerso, è necessario proseguire il lavoro con la famiglia di origine che necessita di crescere nella consapevolezza del maggior interesse per la figlia.

Nell'interesse del minore si cerca di garantire la prosecuzione di un contesto che le ha fatto ritrovare un po' di stabilità, non sottovalutando l'importanza di continuare a tentare il lavoro con la famiglia d'origine.

Prevedere un ulteriore periodo di affidamento e verificare fattibilità di un rientro graduale.

Vi è poi chi ritiene importante continuare a lavorare con tutti i protagonisti per rendere il collocamento in affido un intervento di tutela globale per Diana, in considerazione non solo dei suoi bisogni attuali ma anche di quelli futuri, quali: il suo bisogno di comprendere la dinamica che ha portato all'allontanamento, nonché la possibilità di mantenere un dialogo aperto con tutti i protagonisti.

Considerata la buona evoluzione dell'affido e l'equilibrio raggiunto da Diana non penso sia il caso di rompere il sistema relazionale costruito, è oppor-

tuno però che tutti gli attori coinvolti cerchino di rimanere collegati con dei filtri che permettano a Diana di sentirsi libera di allontanarsi e tranquilla di avere un posto dove andare e sentirsi accettata.

Il lavoro con le parti presenti è necessario per la buona evoluzione dell'affido in quanto è possibile che durante l'adolescenza Diana cambi l'atteggiamento nei confronti degli affidatari avvicinandosi sempre più alla famiglia di origine per poi tornare con i genitori alla maggiore età. Il rischio di un fallimento dell'affido è alto se tutti gli attori del progetto non sono attivamente coinvolti.

Opportuno provare a dare ulteriore possibilità alla famiglia di origine per recuperare in maniera costruttiva il rapporto con la figlia in affido, senza però precludere la serenità ed un adeguato percorso di crescita per la bambina, anche a rischio di un allontanamento definitivo, qualora i genitori biologici non dimostrino alcuna volontà di cambiamento o di presa coscienza delle esigenze della figlia.

Ritengo che la bambina vada protetta e quindi possa continuare a vivere con la famiglia affidataria ma connesso a questo è necessario il lavoro con i genitori. Non per ritornare a vivere con loro ma perché possa essere sollevata dal senso di colpa che spesso i bambini allontanati provano nei confronti della famiglia originaria, per poterli un giorno pensarli e se possibile accetarli, con i complessi limiti e a loro volta profondi bisogni deprivati.

Infine, appare rilevante segnalare come alcuni intervistati spostino l'attenzione sugli altri due minori presenti nel nucleo di origine di Diana, mostrando preoccupazione e la necessità di attivare interventi di tutela anche per loro:

Io penserei anche agli altri due figli.

Fin dall'avvio dell'affido per Diana va pensato un progetto anche per gli altri due fratelli.

Importante anche monitorare e valutare la situazione dei due fratelli minori.

Verosimilmente anche gli assistenti sociali che inizialmente avevano optato per interventi diversi dall'allontanamento, alla luce del persistere delle condizioni familiari inadeguate presenti nel contesto di vita di Diana avrebbero optato per un intervento "più forte" di allontanamento e collo-

camento in ambiente eterofamiliare. A fronte delle spiegazioni espresse nella domanda aperta, si può cogliere la tensione degli operatori a non desiderare, nemmeno dopo due anni di interventi non andati a buon fine, dal lavoro con la famiglia di origine. Questa tensione appare finalizzata, innanzitutto, a garantire la possibilità di un rientro in famiglia di Diana e, in subordine, ad assicurarle la possibilità di mantenere un legame, seppur senza convivenza, con tutti i protagonisti della sua vita. Infine, gli intervistati sottolineano l'importanza di aiutare Diana nella comprensione di quanto avvenuto nel suo complesso percorso di vita.

Un ulteriore set di affermazioni ha inteso approfondire l'opinione degli intervistati in merito agli interventi di tutela in senso più ampio, sempre facendo riferimento alla situazione di Diana. Si è quindi proceduto ad analizzare le percentuali di accordo e disaccordo con le diverse affermazioni.

Dalla tabella 6 si osserva come la quasi totalità degli operatori intervistati (93,5%) si dichiara d'accordo con l'affermazione "*i servizi sociali devono cercare di lavorare in collaborazione con i genitori della bambina*" (66,9% totalmente in accordo e 26,6% parzialmente), sottolineando nuovamente la propensione degli operatori italiani a costruire e preservare innanzitutto il legame di fiducia con i genitori dei minori di cui si fanno carico.

In continuità con la percentuale del campione che supporta l'affermazione precedente, il 66,9% del campione sostiene che "*rompere il contatto con i genitori comprometterebbe il benessere della bambina*" (appare rilevante segnalare come solo il 25,2% sia totalmente in accordo mentre il 41,7% lo è solo parzialmente) (tab. 6). Tuttavia, una fetta del campione pari a circa il 20%, si mostra in disaccordo con questa affermazione, evidenziando la consapevolezza che persistono situazioni nelle quali le famiglie di origine rappresentano importanti contesti di rischio per il minore, non sempre modificabili; a questa percentuale si deve aggiungere un piccolo, ma significativo, 13% di indecisi.

Solo metà del campione, esattamente il 53,2%, sottoscrive l'affermazione "*si dovrebbero fare tutti gli sforzi necessari per migliorare la relazione tra i genitori biologici e la bambina*", confermando quanto emerso nella batteria di domande precedenti. Ciò appare particolarmente vero quando si osserva come di questa metà degli intervistati, solo il 12,2% si dichiara totalmente d'accordo con l'affermazione, mentre il 41% afferma di esserlo solo parzialmente (tab. 6).

La modalità operativa dei servizi di tutela appare quindi orientata a costruire una relazione collaborativa con i genitori del minore oggetto di intervento, così da poterli includere nel progetto di aiuto, attraverso azioni di supporto e monitoraggio. Invero, solo la metà degli assistenti sociali, ritiene che si debbano tentare tutti gli interventi possibili, segnalando forse la necessità di definire un limite basato sul numero di interventi o sui tempi entro cui operare a supporto del nucleo di origine. Tale lettura del dato appare in continuità con il 51,1% degli intervistati che si dichiara d'accordo con l'affermazione “*continuare a fare progetti per migliorare il funzionamento familiare al fine di evitare l'allontanamento, potrebbe compromettere il benessere della bambina*”, a fronte di una parte altrettanto numerosa del campione che si dichiara indecisa (15,8%) o in disaccordo (33,1%) (tab. 6).

Tab. 6 – Frequenze e percentuali per le domande sugli atteggiamenti verso gli interventi di tutela in senso più ampio, sempre facendo riferimento alla situazione di Diana

		N	%
<i>I servizi sociali devono cercare di lavorare in collaborazione con i genitori della bambina.</i>	totalmente in disaccordo	1	,7
	parzialmente in disaccordo	7	5,0
	indeciso	1	,7
	parzialmente d'accordo	37	26,6
	totalmente d'accordo	93	66,9
<i>Rompere il contatto con i genitori comprometterebbe il benessere della bambina.</i>	totalmente in disaccordo	7	5,0
	parzialmente in disaccordo	21	15,1
	indeciso	18	12,9
	parzialmente d'accordo	58	41,7
	totalmente d'accordo	35	25,2
<i>Prima degli incontri per discutere della situazione della bambina, si dovrebbe favorire attivamente l'espressione dell'opinione dei genitori biologici.</i>	totalmente in disaccordo	2	1,4
	parzialmente in disaccordo	20	14,4
	indeciso	6	4,3
	parzialmente d'accordo	57	41,0
	totalmente d'accordo	54	38,8
<i>Continuare a fare progetti per migliorare il funzionamento familiare al fine di evitare l'allontanamento, potrebbe compromettere il benessere della bambina.</i>	totalmente in disaccordo	17	12,2
	parzialmente in disaccordo	29	20,9
	indeciso	22	15,8
	parzialmente d'accordo	49	35,3
	totalmente d'accordo	22	15,8
<i>Si dovrebbero fare tutti gli sforzi necessari per migliorare la relazione tra i genitori biologici e la bambina.</i>	totalmente in disaccordo	22	15,8
	parzialmente in disaccordo	9	6,5
	indeciso	51	36,7
	parzialmente d'accordo	57	41,0
	totalmente d'accordo	17	12,2

La prevalente attenzione per la famiglia di origine emerge anche dal 79,8% (suddiviso quasi equamente tra coloro che si dichiarano totalmente

d'accordo pari al 38,8% e coloro che si dichiarano d'accordo solo parzialmente, pari al 41%) degli operatori che si dichiara d'accordo con l'affermazione *“prima degli incontri per discutere della situazione della bambina, si dovrebbe favorire attivamente l'espressione dell'opinione dei genitori biologici della bambina stessa”*; questo sottolinea l'importanza posta dagli intervistati alla raccolta dell'opinione dei genitori rispetto agli interventi in essere, nonché alla loro partecipazione alle decisioni. Sempre in linea con l'attenzione per la famiglia di origine, il 70,5% del campione afferma di essere in accordo con l'affermazione: *“mentre la bambina è in affido, il contatto con la mamma può darle, una maggiore consapevolezza sulla propria identità”* (tab. 7). In questo caso, però, solo il 22,3% si dichiara totalmente d'accordo, mentre il 48,2% lo è solo parzialmente. In continuità con l'affermazione precedente, una parte considerevole degli intervistati, pari all'84,9% (di cui il 57,6% è totalmente in accordo e solo il 27,3% parzialmente in accordo), si dichiara concorde con l'affermazione: *“gli affidatari devono sforzarsi di mantenere una comunicazione aperta con i genitori biologici della bambina, nonostante le difficoltà che potrebbero presentarsi”* (tab. 7).

Tab. 7 – Frequenze e percentuali per le domande sugli atteggiamenti verso gli interventi di tutela in senso più ampio, facendo riferimento alla situazione di Diana (focus su affido)

		N	%
<i>Se si continuasse l'affido, il vincolo biologico tra la bambina e i suoi genitori sarebbe probabilmente sostituito dal vincolo psicologico tra la bambina e gli affidatari.</i>	totalmente in disaccordo	26	18,7
	parzialmente in disaccordo	38	27,3
	indeciso	13	9,4
	parzialmente d'accordo	44	31,7
	totalmente d'accordo	18	12,9
<i>Mentre la bambina è in affido, il contatto con la mamma può darle, una maggiore consapevolezza sulla propria identità.</i>	totalmente in disaccordo	5	3,6
	parzialmente in disaccordo	15	10,8
	indeciso	21	15,1
	parzialmente d'accordo	67	48,2
	totalmente d'accordo	31	22,3
<i>Gli affidatari devono sforzarsi di mantenere una comunicazione aperta con i genitori biologici della bambina, nonostante le difficoltà che potrebbero presentarsi.</i>	totalmente in disaccordo	2	1,4
	parzialmente in disaccordo	10	7,2
	indeciso	9	6,5
	parzialmente d'accordo	38	27,3
	totalmente d'accordo	80	57,6
<i>Se la bambina rimarrà in protezione, nel tempo troverà sicurezza con la famiglia affidataria.</i>	totalmente in disaccordo	0	0
	parzialmente in disaccordo	1	,7
	indeciso	11	7,9
	parzialmente d'accordo	77	55,4
	totalmente d'accordo	50	36,0

Ancora, in tema di affido, l'affermazione “*se si continuasse l'affido, il vincolo biologico tra la bambina e i suoi genitori sarebbe probabilmente sostituito dal vincolo psicologico tra la bambina e gli affidatari*” divide invece la platea dei professionisti: il 44,6% si mostra d'accordo (di cui solo il 12,9% è totalmente in accordo), contro il 46% che si dichiara in disaccordo e il restante 9,4% che non riesce a collocarsi, scegliendo di dichiararsi indeciso (tab. 7).

Quest'affermazione sottolinea la chiara contrapposizione tra le posizioni di coloro che ritengono sempre e comunque, nonostante le incapacità e incompetenze dei genitori, rilevante e fondamentale il legame biologico e coloro che ritengono che tale legame possa essere sostituito da quello costruito ex novo con dei caregiver affettivi e competenti. Questa lettura appare confermata dal dato sull'affermazione “*se la bambina rimarrà in protezione, nel tempo troverà sicurezza con la famiglia affidataria*” che trova nuovamente concorde la quasi totalità del campione pari al 91,4%, di cui il 36% totalmente in accordo ed il 55,4% solo parzialmente (tab. 7). Quasi tutti gli intervistati ritengono quindi che il minore possa trovare nel contesto della famiglia affidataria un ambiente affettivo stabile e adeguato, capace di infondere la sicurezza mancata entro il contesto familiare di origine; mentre, non è altrettanto condivisa l'idea che il permanere della relazione con gli affidatari determini una sostituzione del vincolo genitoriale.

Infine, si è ritenuto opportuno porre gli intervistati di fronte ad una domanda diretta sul proprio orientamento in tema di *child welfare* (tab. 8).

Tab. 8 Frequenze e percentuali per la domanda “Se pensa alla sua vita professionale, in generale ritiene di essere ideologicamente più orientato a (sceglia una tra le due opzioni)”

	N	%
Supporto alla Famiglia	85	61,2
Protezione Minore	54	38,8
Totale	139	100,0

La maggior parte degli assistenti sociali, pari al 61,2%, si è riconosciuta nell'orientamento a supporto della famiglia. Tale percentuale, seppur rilevante, non copre la totalità del campione come si sarebbe potuto immaginare considerando che questo orientamento è alla base delle normative italiane in tema di tutela dei minori. Appare dunque molto interessante notare come vi sia una percentuale significativa di professionisti che si riconosce invece nell'orientamento a protezione del minore (38,8%).

3.2. Gli atteggiamenti degli operatori verso gli interventi di tutela

La terza sezione del questionario, ha indagato gli atteggiamenti degli operatori in relazione al loro accordo su diverse pratiche della tutela, quali: allontanamento dei minori dal nucleo familiare, ricongiungimento dei minori con il nucleo familiare, qualità dell'affido familiare, qualità del collocamento in comunità residenziale, partecipazione dei bambini alle decisioni, partecipazione dei genitori alle decisioni. Agli intervistati veniva chiesto di indicare il loro accordo con ciascuna affermazione su una scala a 5 punti (1 = totalmente in disaccordo; 5 = totalmente d'accordo). Le singole affermazioni sono state quindi sommate per calcolare il punteggio del singolo soggetto per ciascuna sottoscala e ne è stata poi ricavata la media.

Tab. 9 – Punteggi medi per le scale *Atteggiamenti e benessere dei minori*

<i>Atteggiamenti e benessere dei minori</i>	<i>N</i>	<i>Minimo</i>	<i>Massimo</i>	<i>Media</i>	<i>Dev. std.</i>
A favore della partecipazione dei bambini	139	1,00	4,89	3,2278	,67683
A favore della riunificazione	139	1,00	5,00	3,1809	,81751
Contro l' allontanamento	139	1,27	4,73	2,7162	,48408
A favore della partecipazione dei genitori	139	1,22	4,33	2,6898	,65795
Favorevole al collocamento in comunità per minori	139	1,17	4,17	2,3058	,62445
Favorevole al collocamento in affido familiare	139	1,25	3,50	2,1241	,44245

Analizzando la tabella 9, che presenta i punteggi medi per ciascuna sottoscale, si osserva come gli assistenti sociali attribuiscono un alto valore alla partecipazione dei bambini ai processi decisionali e alla riunificazione familiare, che emerge come un obiettivo rilevante negli interventi di tutela. A seguire, troviamo la scala “contro l’allontanamento” che, con il punteggio medio di 2,7, molto vicino a 3 (indeciso), mostra la presenza negli intervistati di posizioni diversificate, da coloro che si dichiarano contrari a coloro che si dicono favorevoli, con una posizione generale che si colloca tra l’indecisione e il disaccordo rispetto alla scala (e quindi l’essere parzialmente favorevoli all’allontanamento); lo stesso si può affermare per la partecipazione dei genitori ai processi decisionali, anche per questa scala infatti gli assistenti sociali esprimono posizioni molto articolate con una

scarsa presenza di coloro che si dicono favorevoli al coinvolgimento. Con punteggi medi più bassi si trova il collocamento fuori famiglia, sia che si tratti di un collocamento presso una comunità residenziale o in famiglia affidataria, verso il quale la parte maggioritaria degli intervistati esprime contrarietà. Si segnala come tale contrarietà appaia più forte verso l'affido.

L'orientamento in tema di *child welfare* influisce in modo significativo sul pensiero degli operatori nei confronti dell'allontanamento, della riunificazione, del collocamento in comunità e della partecipazione dei minori (tab. 10).

Coloro che sono orientati al supporto della famiglia, mostrano punteggi medi significativamente più alti nella scala "contro l'allontanamento" del minore ($t=-5,139$; $p<.001$) e nella scala "a favore della riunificazione" ($t=-2,769$; $p>.01$). Sembra, dunque, esservi un atteggiamento contrario all'allontanamento soprattutto tra coloro che si riconoscono nell'orientamento a supporto della famiglia. Coloro che, invece, si sono dichiarati orientati alla protezione del minore, mostrano un atteggiamento maggiormente contrario rispetto alla riunificazione. Si può quindi immaginare che i primi, quando giungono alla decisione di allontanare un minore dal contesto familiare, mantengano un atteggiamento aperto rispetto alla riunificazione, vissuta come un intervento possibile, anzi auspicabile; mentre i secondi, quando scelgono un collocamento fuori famiglia, risultano meno disposti a considerare il futuro ricongiungimento, ritenuto come un intervento non pienamente favorevole per il minore.

Prevedibilmente, dalla tabella 10 si evince una significativa maggiore apertura alla partecipazione dei genitori al processo decisionale per coloro che si riconoscono nell'orientamento a supporto della famiglia ($t=-2,496$; $p<.05$). Mentre degna di segnalazione è la differenza significativa rilevata in capo al collocamento dei minori in comunità ($t=-2,203$; $p<.05$): vi è una maggiore disponibilità, o una visione più positiva, del collocamento residenziale da parte degli operatori che si riconoscono nell'orientamento a supporto della famiglia.

Tale dato potrebbe essere letto in continuità con quello relativo all'allontanamento e alla riunificazione: gli assistenti sociali che orientano il proprio lavoro di tutela al supporto della famiglia, essendo più propensi alla riunificazione, quando si trovano ad agire un allontanamento riconoscono ai contesti comunitari maggiori risorse rispetto alle famiglie affidatarie, probabilmente, immaginando periodi di allontanamento brevi, circo-

scritti e sempre finalizzati al rientro in famiglia di origine. Coloro che sono orientanti alla protezione, al contrario, ritenendo meno auspicabile il ricongiungimento del minore con la propria famiglia, potrebbero, invece, percepire il collocamento residenziale come un intervento meno tutelante poiché lascerebbe il bambino privo dei necessari riferimenti affettivi.

Peraltro, il dato discusso precedentemente relativo all'affermazione “*se si continuasse l'affido, il vincolo biologico tra la bambina e i suoi genitori sarebbe probabilmente sostituito dal vincolo psicologico tra la bambina e gli affidatari*”, che aveva diviso in modo netto gli intervistati, porta a considerare come il contesto della comunità residenziale venga percepito dagli intervistati, a differenza di quello della famiglia affidataria, come più neutro (nel senso di privo di spazi di costruzione di vincoli affettivi) e quindi meno disturbante per il futuro ricongiungimento del minore al proprio nucleo di origine.

Tab. 10 – Confronto tra le medie di risposta alle scale Atteggiamenti e benessere dei minori per la variabile orientamento in ambito di tutela come ricavato dalla domanda “Se pensa alla sua vita professionale, in generale ritiene di essere ideologicamente più orientato a:”

<i>Atteggiamenti e benessere dei minori</i>	<i>Orientamento in ambito di tutela</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
Contro l' allontanamento	Protezione Minore	54	2,4747	-5,139	,001
	Supporto alla Famiglia	85	2,8695		
Favorevole al collocamento in famiglia affidataria	Protezione Minore	54	2,0741	-1,098	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	2,1559		
Favorevole al collocamento in comunità per minori	Protezione Minore	54	2,1636	-2,203	,030
	Supporto alla Famiglia	85	2,3961		
A favore della riunificazione	Protezione Minore	54	2,9392	-2,769	,007
	Supporto alla Famiglia	85	3,3345		
A favore della partecipazione dei bambini	Protezione Minore	54	3,1523	-1,049	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	3,2758		
A favore della partecipazione dei genitori	Protezione Minore	54	2,5226	-2,496	,014
	Supporto alla Famiglia	85	2,7961		

Tale riflessione non deve portare il lettore a ritenere che vi sia un'indisponibilità nei confronti dell'affido familiare unicamente da parte degli operatori orientati al supporto della famiglia (tab. 10), poiché non si

evidenziano differenze significative tra i due orientamenti; differenze che invece si rilevano, come si è visto, nei confronti delle comunità residenziali. Pertanto, non possiamo affermare che le ambiguità precedentemente evidenziate rispetto alle famiglie affidatarie possano trovare risposta nei diversi orientamenti ideologici.

Nessun'altra variabile strutturale è risultata capace di determinare differenze nelle sottoscale; non lo è l'anzianità di servizio, né l'anzianità entro i servizi di tutela, il diverso titolo di studio conseguito, lo stato civile, l'aver figli o l'aver vissuto eventi traumatici, l'orientamento religioso e, in ultimo, nemmeno la dimensione del territorio in cui si opera.

Per meglio comprendere le relazioni esistenti tra le diverse sottoscale che compongono l'atteggiamento verso gli interventi di tutela del campione, si è proceduto al calcolo della matrice di correlazione (R di Pearson).

Osservando la tabella 11, si nota come emergano correlazioni positive della scala "contro l'allontanamento" con tutte le altre scale, fatta eccezione per quella dell'affido familiare. Ad una prima lettura sembra quindi che l'opposizione all'allontanamento non si ponga in relazione con l'orientamento a favore del collocamento in famiglia affidataria, come fossero dimensioni tra loro non connesse. Sempre rispetto alla scala "contro l'allontanamento", appare interessante notare come i punteggi più alti e più significativi si evidenzino con le scale "a favore della riunificazione" ($r=.502$; $p<.001$), "favorevole al collocamento in comunità" ($r=.371$; $p<.001$) e "a favore della partecipazione dei genitori" ($r=.332$; $p<.001$): possiamo affermare che chi ha un atteggiamento meno favorevole all'allontanamento è anche più orientato alla riunificazione, al collocamento in comunità residenziale e alla partecipazione attiva dei genitori. Seppur significativa e direttamente proporzionale, la dimensione dell'ascolto dei bambini appare invece più debole ($r=.178$; $p<.05$).

La scala di atteggiamento "favorevole verso il collocamento in famiglia affidataria" correla in modo positivo e significativo con la scala "favorevole al collocamento in comunità" ($r=.517$; $p<.001$) e con la scala "a favore della riunificazione" ($r=.234$; $p<.010$), mentre la correlazione con "a favore della partecipazione dei bambini" è negativa ($r=-.182$; $p<.05$): chi ha un atteggiamento favorevole verso l'affido, lo ha anche nei confronti del collocamento comunitario e della riunificazione; non emerge quindi una differenza tra i diversi collocamenti extrafamiliari e la propensione alla riunificazione.

La scala “favorevole al collocamento in comunità” correla positivamente, oltre che con la scala “contro l’allontanamento” e con quella “favorevole al collocamento in famiglia affidataria”, anche con la scala “a favore della riunificazione” ($r=.173$; $p<.05$): chi mostra un atteggiamento favorevole verso il collocamento in comunità si mostra favorevole anche al collocamento in famiglia affidataria e verso la riunificazione, e mostra, come evidenziato anche dalle precedenti analisi, un atteggiamento maggiormente contrario verso l’allontanamento.

Tab. 11 – Matrice di correlazione tra le scale Atteggiamenti e benessere dei minori

Atteggiamenti e benessere dei minori		Famiglia affidataria	Comunità	Riunific.	Partecip. bambini	Partecip. genitori
Contro l'allontanamento	R	,144	,371**	,502**	,178*	,332**
	Sign.	,091	,000	,000	,036	,000
	N	139	139	139	139	188
Favorevole al collocamento in famiglia affidataria	R		,517**	,234**	-,182*	,120
	Sign.		,000	,005	,032	,158
	N		139	139	139	139
Favorevole al collocamento in comunità per minori	R			,173*	,029	,099
	Sign.			,042	,732	,248
	N			139	139	139
A favore della riunificazione	R				,233**	,478**
	Sign.				,006	,000
	N				139	139
A favore della partecipazione bambini	R					,475**
	Sign.					,000
	N					139

La scala “a favore della riunificazione” appare dunque centrale poiché correla positivamente, ed in modo significativo, con tutte le altre scale. Le scale con le quali si evidenziano i punteggi più alti sono appunto la scala “contro l’allontanamento” e “a favore della partecipazione dei genitori” ($r=.475$; $p<.001$).

La scala “a favore della partecipazione dei bambini” mostra correlazioni positive e significative, oltre che con la scala “contro l’allontanamento” e “a favore della riunificazione” ($r=.233$; $p<.01$), anche con quella “a favore della partecipazione dei genitori” ($r=.478$; $p<.001$): la propensione verso l’ascolto dei bambini va di pari passo con quella verso l’ascolto dei genitori, con l’orientamento alla riunificazione ed il contrasto dell’allontanamento.

Infine, la scala “a favore della partecipazione dei genitori” mostra correlazioni positive e significative con la scala “contro l’allontanamento”, “a favore della riunificazione” e “a favore della partecipazione dei bambini”. Le correlazioni con i punteggi più alti sono quelle con la scala “a favore della riunificazione” ($r=.478$; $p<.001$) e con la scala “a favore della partecipazione dei bambini” ($r=.475$; $p<.001$) (tab. 11): coloro che sono favorevoli al coinvolgimento dei genitori nell’intervento di tutela appaiono favorevoli al coinvolgimento dei minori e alla riunificazione, nonché contrari all’allontanamento.

L’atteggiamento verso la riunificazione familiare appare centrale all’interno dell’articolato mosaico delle pratiche della tutela. Al crescere dell’atteggiamento a favore della riunificazione, cresce la contrarietà verso l’allontanamento, la disponibilità verso il collocamento in comunità residenziale e in famiglia affidataria, e, infine, l’apertura alla partecipazione dei bambini e dei genitori al processo decisionale. Allo stesso modo possiamo affermare che al decrescere del favore verso la riunificazione, cresce il favore verso l’allontanamento e decresce la disponibilità verso i collocazioni extrafamiliari e la partecipazione, evidenziando andamenti più complessi da comprendere. Contraddittoria appare anche la relazione tra l’atteggiamento verso l’allontanamento e il collocamento in famiglia affidataria, evidenziando alcune possibili contraddizioni che richiederebbero, come già manifestato, ulteriori chiarimenti.

3.3. Fattori legati ai singoli professionisti e alla realtà organizzativa

Sono stati analizzati i punteggi medi ottenuti dagli intervistati in relazione alle scale che misurano la percezione di fattori riconosciuti come determinanti nella definizione degli interventi di tutela, quali: le competenze dell’assistente sociale che si compongono di competenze interpersonali e sul caso; l’esperienza lavorativa che riguarda le risorse a disposizione dell’operatore; la capacità di assumere la decisione di allontanare che si sviluppa in base ad una determinante interna ed una esterna; la capacità di affrontare situazioni difficili, in relazione alle paure e al supporto che riceve dal contesto organizzativo; infine, la presenza di servizi nel territorio.

Agli intervistati veniva chiesto di indicare il loro accordo con ciascuna affermazione su una scala a 7 punti. Il valore dato ad ogni affermazione è

stato poi sommato per calcolare il punteggio del singolo soggetto per ciascuna sottoscala. Dall'analisi dei punteggi medi (tab. 12) emerge come, il fattore valutato come maggiormente determinante nelle decisioni degli operatori in ambito di tutela dei minori, sia quello delle competenze professionali dell'assistente sociale, con una quasi impercettibile differenza tra le competenze interpersonali e di caso.

Tab. 12 – Punteggi medi per le scale “Competenze e Realtà Lavorative”

<i>Competenze e Realtà Lavorative</i>	<i>N</i>	<i>Minimo</i>	<i>Massimo</i>	<i>Media</i>	<i>Dev. std.</i>
1A. Competenze interpersonali	139	3,38	7,00	5,6619	,69016
1B. Competenze nella gestione del singolo caso	139	3,00	7,00	5,6532	,79366
2A. Possibilità di accedere alle risorse necessarie all'intervento	139	1,20	7,00	5,0144	1,43510
3A. Riferimento esterno rispetto all'allontanamento	139	2,71	7,00	4,9198	,77431
6A. Possibilità di ricevere supporto	139	1,00	7,00	4,4149	1,51792
7A. Risorse presenti nella comunità	139	1,33	7,00	4,3094	1,29202
5A. Capacità di affrontare le difficoltà	139	1,25	7,00	3,5018	1,17395
3B. Riferimento interno rispetto all'allontanamento	139	1,00	6,67	3,2926	,93592
6B. Capacità di ricevere sostegno nelle preoccupazioni	139	1,00	7,00	3,2830	1,45292

A seguire, vi è la possibilità del professionista di accedere alle risorse necessarie per la concreta attuazione degli interventi e, successivamente, l'orientamento nella scelta dell'allontanamento sulla base di valutazioni legate al caso (esterne), la possibilità di contare sul supporto all'interno dell'ambiente di lavoro e di operare in un territorio dotato di buone risorse. Le restanti sottoscale, mostrano punteggi medi che indicano indecisione o scarsa rilevanza: si tratta della capacità di affrontare le difficoltà di ricevere sostegno per le proprie preoccupazioni e, in ultimo, al proprio orientamento personale nei confronti dell'allontanamento.

La variabile sull'orientamento in tema di *child welfare* appare scarsamente influente sulle dimensioni qui indagate (tab. 13). L'unica dimensione sulla quale produce differenze è l'orientamento esterno in tema di allontanamento ($t=-2,186$; $p<.05$): prevedibilmente, coloro che dichiarano un orien-

tamento verso la protezione dei minori, danno meno valore agli elementi esterni, specifici del caso, a supporto della decisione di allontanare rispetto a coloro che si riconoscono nell'orientamento a supporto della famiglia.

La variabile "età" influisce invece in modo significativo sull'incidenza delle variabili connesse alla professionalità dell'assistente sociale, sia per quanto riguarda le competenze interpersonali ($F=6,927$; $p<.001$), sia per quelle legate al caso ($F=5,555$; $p<.001$) (tab. 14).

Tab. 13 – Confronto tra le medie di risposta alle scale su Competenze e Realtà Lavorative per la variabile Orientamento in ambito di tutela come ricavato dalla domanda "Se pensa alla sua vita professionale, in generale ritiene di essere ideologicamente più orientato a:"

<i>Competenze e Realtà Lavorative</i>	<i>Orientamento in ambito di tutela</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
1A. Competenze interpersonali	Protezione Minore	54	5,5741	-1,137	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	5,7176		
1B. Competenze nella gestione del singolo caso	Protezione Minore	54	5,6370	-,195	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	5,6635		
2A. Possibilità di accedere alle risorse necessarie all'intervento	Protezione Minore	54	5,1185	,682	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	4,9482		
3A. Riferimento esterno rispetto all'allontanamento	Protezione Minore	54	4,7434	-2,186	,031
	Supporto alla Famiglia	85	5,0319		
3B. Riferimento interno rispetto all'allontanamento	Protezione Minore	54	3,4444	1,522	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	3,1961		
5A. Capacità di affrontare le difficoltà	Protezione Minore	54	3,7083	1,695	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	3,3706		
6A. Capacità di ricevere sostegno nelle preoccupazioni	Protezione Minore	54	3,2901	,046	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	3,2784		
6B. Possibilità di ricevere supporto	Protezione Minore	54	4,3272	-,544	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	4,4706		
7A. Risorse presenti nella comunità	Protezione Minore	54	4,2901	-,138	n.s.
	Supporto alla Famiglia	85	4,3216		

In linea con il dato precedente, anche l'anzianità di servizio (anni da cui si svolge la professione di assistente sociale in generale) si riverbera sull'incidenza delle competenze professionali. Sostanzialmente i più anzia-

ni in termini di età e di servizio mostrano di essere maggiormente condizionati dalle proprie competenze professionali. Quando però la variabile analizzata è l'anzianità di servizio nello specifico ambito della tutela (tab. 14), la dimensione incidente nel determinare le differenze nel campione, fa capo alle sole competenze di gestione del singolo caso ($F=3,619$; $p<.01$): coloro che hanno maturato una maggiore esperienza nel campo mostrano di assumere decisioni facendo maggiormente riferimento alle proprie competenze di gestione del caso.

Tab. 14 – Confronto tra le medie di risposta alle scale su Competenze e Realtà Lavorative per le variabili età, anzianità di servizio e anzianità di servizio nella tutela

<i>Competenze e Realtà Lavorative</i>		Età	media	F	sign
1A. Competenze interpersonali	fino a 30 anni		5,3917	6,927	,000
	dai 31 ai 40 anni		5,4155		
	dai 41 ai 50 anni		5,9571		
	sopra i 51 anni		5,8480		
1B. Competenze nella gestione del singolo caso	fino a 30 anni		5,2067	5,555	,001
	dai 31 ai 40 anni		5,5946		
	dai 41 ai 50 anni		5,9029		
	sopra i 51 anni		5,8378		
		Anzianità di servizio	media	F	sign
1A. Competenze interpersonali	da 0 a 5 anni		5,3984	3,018	,013
	da 6 a 10 anni		5,4808		
	da 11 a 15 anni		5,5833		
	da 16 a 20 anni		5,9688		
	da 20 a 25 anni		5,9333		
	Oltre i 26 anni		5,7944		
1B. Competenze nella gestione del singolo caso	da 0 a 5 anni		5,3063	2,861	,017
	da 6 a 10 anni		5,5000		
	da 11 a 15 anni		5,7333		
	da 16 a 20 anni		5,7600		
	da 20 a 25 anni		6,0800		
	Oltre i 26 anni		5,8258		
		Anzianità di servizio nella tutela			
1A. Competenze nella gestione del singolo caso	Meno di 3 anni		5,3535	3,619	,004
	da 3 a 5 anni		5,7103		
	da 6 a 8 anni		5,3625		
	da 9 a 11 anni		5,9750		
	da 12 a 14 anni		5,8000		
	oltre 15		5,9842		

Altresì l'essere genitori (tab. 15), emerge come variabile incidente: di nuovo è implicata la competenza nella gestione del singolo caso che mostra punteggi più alti per coloro che hanno figli e, in aggiunta, per la possibilità di accedere alle risorse ($t=-1,949$; $p<.05$); anche per questa seconda variabile sono coloro che hanno figli a mostrare punteggi significativamente più alti ($t=-2,447$; $p=.05$).

Nessun'altra variabile strutturale determina differenze nelle sottoscale: non lo è il diverso titolo di studio conseguito, lo stato civile, l'aver vissuto eventi traumatici, l'orientamento religioso e, in ultimo, neanche la dimensione del territorio in cui si opera.

Per meglio comprendere le relazioni esistenti tra le diverse dimensioni che incidono nella scelta degli interventi di tutela degli assistenti sociali intervistati, si è proceduto al calcolo della matrice di correlazione (R di Pearson).

Tab. 15 – Confronto tra le medie di risposta alle scale su Competenze e Realtà Lavorative per la variabile essere o meno genitori

<i>Competenze e Realtà Lavorative</i>	<i>Essere genitori</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>T</i>	<i>Sig.</i>
1A. Competenze interpersonali	No figli	68	5,6250	-,615	n.s.
	Figli	71	5,6972		
1B. Competenze nella gestione del singolo caso	No figli	68	5,5206	-1,949	,050
	Figli	71	5,7803		
2A. Possibilità di accedere alle risorse necessarie all'intervento	No figli	68	4,7147	-2,447	,016
	Figli	71	5,3014		
3A. Riferimento esterno rispetto all'allontanamento	No figli	68	4,9517	,475	n.s.
	Figli	71	4,8893		
3B. Riferimento interno rispetto all'allontanamento	No figli	68	3,1838	-1,343	n.s.
	Figli	71	3,3967		
5. Capacità di affrontare le difficoltà	No figli	68	3,4154	-,849	n.s.
	Figli	71	3,5845		
6A. Capacità di ricevere sostegno nelle preoccupazioni	No figli	68	3,2549	-,221	n.s.
	Figli	71	3,3099		
6B. Possibilità di ricevere supporto	No figli	68	4,5882	1,325	n.s.
	Figli	71	4,2488		
7. Risorse presenti nella comunità	No figli	68	4,4412	1,179	n.s.
	Figli	71	4,1831		

Osservando la tabella 16, è possibile notare come emergano correlazioni positive tra la scala delle competenze interpersonali del professionista con le competenze nella gestione del caso ($r=.691$; $p<.001$) e le possibilità di accedere alle risorse ($r=.202$; $p<.05$); vi è invece una correlazione negativa con i riferimenti interni per l'allontanamento ($r=-.185$; $p<.05$).

Le competenze di gestione del caso correlano negativamente con la scala che misura l'incidenza della capacità di affrontare le difficoltà ($r=-.193$; $p<.05$): al crescere della propria personale capacità di affrontare i casi è meno rilevante fare riferimento alla capacità di affrontare le ostilità nella relazione con gli utenti, verosimilmente percepita come una prospettiva scarsamente presente nel proprio contesto di lavoro.

La possibilità di accedere a risorse adeguate per attivare gli interventi, è direttamente correlata con l'orientamento interno rispetto all'allontanamento: quanto più si ha facilità di accedere alle risorse, tanto più è probabile far riferimento con maggiore determinazione al proprio orientamento interno rispetto alla genitorialità e all'allontanamento ($r=.226$; $p<.01$). Questo dato fa ipotizzare che coloro che sono orientati verso il collocamento fuori famiglia siano anche più attenti a percepire e conoscere le risorse del territorio sentendosi supportati anche da questo nella loro decisione.

La lettura della correlazione positiva tra il riferimento esterno all'allontanamento e quello interno ($r=.220$; $p<.01$), riporta ai molti esiti della ricerca internazionale che evidenziano come i due aspetti, interno ed esterno, si influenzino reciprocamente: il professionista nel leggere le caratteristiche del caso è infatti influenzato, in modo più o meno forte, dai propri valori e dalle proprie esperienze.

Di più semplice comprensione la relazione che si evidenzia tra l'orientamento esterno, basato sulle caratteristiche del caso, verso l'allontanamento e la possibilità di ricevere supporto rispetto alle proprie preoccupazioni ($r=.188$; $p<.05$), che pare supportare la necessità dei professionisti di confrontarsi con i colleghi, e ricevere da loro conforto, tecnico e morale, di fronte alle difficili decisioni che si incontrano nella gestione dei casi di tutela.

Interessante appare anche la correlazione negativa tra il riferimento interno rispetto all'allontanamento e le competenze interpersonali, sembrerebbe, infatti, che i professionisti che si percepiscono come più competenti sul piano interpersonale necessitino maggiormente di poggiare le loro decisioni sull'allontanamento su caratteristiche specifiche del caso.

Altresì, la capacità di affrontare le difficoltà e gli utenti ostili, oltre a correlare negativamente con la capacità di gestire il caso si lega positivamente con la capacità di accedere alle risorse, con l'orientamento interno a favore dell'allontanamento, nonché, con la capacità di ricevere sostegno per le proprie preoccupazioni ($r=.366$; $p<.001$).

Tab. 16 – Matrice di correlazione tra le scale su Competenze e Realtà Lavorative

Competenze e Realtà Lavorative		1B	2A	3A	3B	5	6A	6B	7
1A. Competenze interpersonali	R	,691**	,202**	-,046	-,185*	-,143	-,101	,016	,121
	Sign.	,000	,017	,591	,030	,093	,235	,856	,155
	N	139	139	139	139	139	139	139	139
1B. Competenze nella gestione del singolo caso	R	,023	-,095	-,094	-,094	-,193*	-,160	-,062	,091
	Sign.	,788	,267	,270	,270	,023	,060	,470	,285
	N	139	139	139	139	139	139	139	139
2 A. Possibilità di accedere alle risorse necessarie all'intervento	R	,102	,232	,102	,226**	-,035	,157	-,001	-,024
	Sign.	,232	,007	,007	,007	,686	,064	,995	,779
	N	139	139	139	139	139	139	139	139
3 A. Riferimento esterno per l'allontanamento	R	,220**	,265**	,188*	,220**	,073	,188*	,092	,037
	Sign.	,009	,395	,026	,009	,395	,026	,283	,668
	N	139	139	139	139	139	139	139	139
3B. Riferimento interno per l'allontanamento	R					,265**	,112	,048	-,138
	Sign.					,002	,189	,575	,105
	N					139	139	139	139
5A. Capacità di affrontare le difficoltà	R						,366**	,065	-,096
	Sign.						,000	,450	,261
	N						139	139	139
6A. Capacità di ricevere sostegno nelle preoccupazioni	R							-,161	-,113
	Sign.							,058	,185
	N							139	139
6B. Possibilità di ricevere supporto	R								,120
	Sign.								,159
	N								139

Provando a dare forma al dato, sembra che coloro che hanno un orientamento personale, a priori, a favore dell'allontanamento, si percepiscano come capaci di affrontare le aggressioni dell'utenza magari con il supporto dei colleghi ma anche come consapevoli delle proprie fragilità nella gestione della complessità dei casi di cui si occupano. Va precisato che la possibilità di ricevere supporto dai colleghi e le risorse del territorio non appaiono correlate a nessuna delle altre sottoscale.

Infine, interessante appare che sia proprio l'orientamento valoriale all'allontanamento, la variabile che raccoglie il maggior numero di correlazioni significative con le altre scale: correla positivamente la capacità di valutare l'allontanamento sulla base delle caratteristiche del caso e con la capacità di individuare risorse per realizzare gli interventi e la capacità di affrontare l'atteggiamento ostile dell'utenza ma anche negativamente con le capacità professionali interpersonali come se al crescere della sicurezza nei propri valori interni, le competenze interpersonali divenissero meno rilevanti nell'individuazione dell'intervento di tutela più efficace.

Riflessioni conclusive

Le decisioni che gli assistenti sociali sono chiamati a prendere nell'ambito della tutela dei minori sono, come abbiamo scelto di titolare il volume, *decisioni difficili*, in quanto si contraddistinguono per l'importante grado di responsabilità e discrezionalità riposte nel professionista, chiamato a compiere valutazioni e scelte capaci di influenzare il corso di vita dei minori e delle loro famiglie; e per la loro complessità, discendente dalla presenza di una moltitudine di aspetti tra loro intrecciati nel definire le peculiarità di ciascuna situazione. A questo si aggiunge come nel nostro Paese vi sia una forte matrice ideologica che salvaguarda i legami biologici, ritenendo che qualsiasi bambino possa avere uno sviluppo adeguato solo crescendo all'interno della propria famiglia. Questo però, se è vero per la maggior parte dei bambini, non lo è sempre per coloro che, all'interno delle proprie famiglie, sono vittime di una qualche forma di maltrattamento. In questi casi, il benessere del minore deve sovrastare il legame con i propri genitori, ed è qui che i servizi di tutela si trovano ad agire. Se certamente tutti (o quasi), sono d'accordo nell'affermare che un minore maltrattato o ad alto rischio di maltrattamento, debba essere protetto dallo Stato attraverso le persone preposte, anche qualora il soggetto maltrattante faccia parte della sua famiglia, ciò che divide l'opinione pubblica è legato proprio al come debba avvenire tale protezione, attraverso quali interventi, con quali modalità.

La tematica del decision-making nei servizi per la tutela dei minori appare dunque assolutamente rilevante, sia come tema della ricerca in servizio sociale, sia come tema di interesse collettivo. Le opinioni indagate tramite il questionario, ci hanno permesso di dare avvio ad un primo ragionamento sul processo decisionale degli assistenti sociali, identificando 4 aspetti principali dell'articolato processo di scelta degli interventi più adeguati (il miglior intervento) a protezione di bambini e ragazzi: l'orientamento degli operatori in materia di *child welfare*, la partecipazione

dei destinatari degli interventi alle decisioni, gli interventi di protezione e, infine, le competenze dei professionisti.

1. L'orientamento. L'orientamento in materia di *child welfare* si è rivelata una variabile centrale all'interno del contesto della ricerca: la maggior parte dei soggetti intervistati ha dichiarato di avere una propensione per gli interventi che supportano la famiglia, coerentemente con le politiche e la normativa italiana. Inaspettatamente, tuttavia, quasi il 40% degli assistenti sociali ha invece espresso di avere un'ideologia orientata all'immediata protezione del minore, qualora si trovi in una condizione di rischio. Il dato è stato confermato anche attraverso il caso di Diana, in cui circa il 30% dei professionisti, rilevando una situazione di rischio di maltrattamento emotivo, ha proposto un allontanamento del nucleo familiare.

La dimensione dell'orientamento si è rivelata cruciale anche in relazione agli atteggiamenti indagati rispetto alle pratiche di allontanamento, riunificazione, collocamento in comunità e alla partecipazione dei genitori, creando un duplice profilo tra gli intervistati. I primi, cioè coloro che si dichiarano a supporto della famiglia, risultano meno favorevoli agli interventi di allontanamento e, d'altra parte, più favorevoli alla riunificazione del minore con il nucleo di origine. Inoltre, sono più propensi alla partecipazione dei genitori ai processi decisionali e all'inserimento dei minori in comunità residenziale. Come già esplicitato nell'analisi dei risultati, questo potrebbe essere letto in funzione dell'idea che l'allontanamento (comunque ritenuto un intervento attuabile nei casi in cui si riveli necessario), sia una soluzione sempre temporanea per il minore per il quale si prevede un rientro presso la sua famiglia non appena possibile, così da poter fornire al bambino un percorso di vita in continuità con le sue origini. Per tale motivo, probabilmente, la comunità residenziale appare come un ambiente più neutro dal punto di vista affettivo e relazionale e quindi più idoneo per collocamenti di breve periodo. L'ottica sottostante sembra quella di tutelare in primis il minore senza mai dimenticare la collaborazione con la famiglia di origine e il suo supporto, anche realizzando vari tentativi nel corso del tempo, come si deduce dalle risposte aperte sul caso di Diana in cui la promozione della partecipazione della famiglia è un elemento richiamato più volte.

I secondi, cioè coloro che si dichiarano orientati alla protezione del minore, sono invece più favorevoli all'allontanamento, meno al processo di riunificazione con il nucleo di origine e meno propensi agli inserimenti in comunità residenziale. Probabilmente, questi operatori vedono nell'affido familiare una soluzione più tutelante per la crescita adeguata dei bambini in protezione, soprattutto a fronte del fatto che ritengono difficile la riunifica-

zione nel breve periodo. Ciononostante, la posizione verso le famiglie affidatarie non appare così forte da determinare differenze con coloro che si dichiarano orientanti al supporto della famiglia.

Pertanto, i dati mostrano che avere un orientamento a supporto della famiglia significa pensare ad interventi che agiscano non indebolendo il legame con i genitori biologici. Mostrare una propensione alla protezione porta, invece, ad investire maggiormente su interventi che tutelino la dimensione affettiva-relazionale del minore ed il suo percorso evolutivo, ritenendo l'esito del rientro in famiglia complesso.

2. La partecipazione. La partecipazione al processo decisionale riguarda sia i genitori sia i bambini. Per quanto riguarda i genitori, appare chiaro che per gli assistenti sociali intervistati, anche nelle situazioni in cui questi non si dimostrino collaboranti (come nel caso di Diana), sia comunque fondamentale cercare il loro coinvolgimento rispetto alle azioni da attuare, dando loro un tempo e uno spazio per l'ascolto. Innanzitutto, la loro partecipazione appare necessaria per raccogliere le informazioni utili a strutturare un intervento coerente con i bisogni del minore e per favorire la costruzione di un dialogo proficuo che permetta loro di essere parte attiva del progetto di aiuto. La decisione di realizzare interventi "forti", quali ad esempio un collocamento in affido familiare, non toglie importanza alla partecipazione, anzi: garantire la condivisione delle informazioni e delle motivazioni circa le azioni a protezione dei figli, appare fondamentale per costruire un progetto di intervento che, nella maggior parte dei casi, vede comunque come obiettivo finale la riunificazione del minore alla sua famiglia di origine.

La partecipazione dei bambini si mostra ancora più significativa, sia nella scala degli atteggiamenti in relazione alle pratiche della tutela, sia nell'analisi del caso di Diana: gli assistenti sociali attribuiscono un grande valore all'ascolto del minore e ai desideri che esprime in relazione alla situazione che sta vivendo. Tenere in considerazione la visione degli avvenimenti del bambino e i legami che per questo sono significativi, è una modalità che permette di costruire una relazione empatica e di comprensione, che può facilitare il bambino nell'affrontare gli interventi di tutela. I bambini infatti, non si devono percepire come soggetti passivi causanti la situazione problematica, ma come attori, insieme agli altri, nel processo di intervento, potendo così attribuire un significato agli eventi traumatici che hanno vissuto.

La forte valenza riportata in relazione a questa pratica del servizio sociale può essere letta attraverso due principali chiavi: la prima è connessa al

mandato professionale dell'assistente sociale che espressamente deve mantenere al centro degli interventi la persona e la sua autodeterminazione (sia rispetto ai genitori, sia rispetto ai minori, tenendo conto della loro capacità di comprensione), garantendo trasparenza nelle procedure e fornendo tutte le informazioni necessarie a capire la situazione. La seconda chiave, riguarda una visione ecologica degli interventi di tutela, in cui il bambino è posto al centro, ma i soggetti che vi ruotano intorno quali la famiglia di origine, i servizi, eventualmente una famiglia affidataria o una comunità residenziale o altri soggetti, devono essere tutti coinvolti per garantire un processo unitario che fornisca al minore una visione di insieme.

3. Gli interventi. Le opinioni rispetto agli interventi che più frequentemente si attuano per la protezione dei minori hanno mostrato come, a differenza dell'idea comune e generalizzata che vede i servizi di tutela immediatamente orientati al collocamento fuori famiglia dei bambini, per la maggior parte degli operatori, prima di agire con tale misura, è fondamentale raccogliere informazioni in profondità e cercare di mettere in atto interventi di supporto e coinvolgimento del nucleo familiare. Certamente, qualora nel tempo gli elementi di rischio, o eventuali situazioni dannose, continuino ad essere presenti, la totalità degli assistenti sociali è portata ad attuare misure di protezione più incisive, quali l'allontanamento e il successivo collocamento in affido familiare o in comunità residenziale. Tali interventi, comunque, mantengono come fine ultimo il ricongiungimento con la famiglia di origine, punto fermo nel pensiero degli operatori.

Rispetto all'allontanamento, pertanto, i dati mostrano assistenti sociali che cercano di sostenere il legame tra il bambino e la sua famiglia per quanto sia possibile e che, anche quando siano necessari interventi di collocamento, mantengono forte l'idea di continuare a lavorare con il nucleo biologico per favorire il ricongiungimento nel momento in cui verranno riacquisite le adeguate competenze genitoriali. Vi è solo una parte minoritaria del campione che ritiene che, dopo aver provato a lavorare con la famiglia, se non si verificano cambiamenti significativi, sia necessario pensare ad altre tipologie di progetti per il minore, anche senza continuare a mantenere uno stretto legame con il nucleo di origine.

A seguito dell'allontanamento, gli interventi di affido e inserimento in comunità residenziale, vengono ritenuti entrambi funzionali dagli operatori, infatti le scale che li misurano mostrano una correlazione positiva l'una all'altra. Tali interventi sono anche correlati favorevolmente con la scala della riunificazione, a indicare appunto come questo sia l'obiettivo finale dei professionisti. In ultimo, è interessante riportare che la scala dell'affido

familiare non appare correlata con la scala sull'allontanamento: è possibile ritenere, come già esplicitato, che i professionisti, valutando molto forte la necessità di lavorare con il nucleo familiare, ritengano tale intervento come meno adeguato, meno protettivo, nel momento in cui sia ancora aperta la possibilità di un rientro in famiglia del minore. Il legame che si costruisce tra un minore e una famiglia affidataria, seppur certamente significativo per il benessere e lo sviluppo del bambino, oltre che nutriente in termini di affetto e cura, può apparire "pericoloso" se si ritiene che possa minare il legame biologico. Questo dato andrebbe maggiormente indagato per comprendere se, nella visione degli operatori, vi sia una sorta di "appropriazione" della relazione genitoriale da parte delle famiglie affidatarie e che questo la trasformi in una opzione di intervento meno utilizzata rispetto alle comunità. Altra considerazione potrebbe essere fatta in merito alla scarsa presenza di famiglie affidatarie nel territorio italiano, che può portare a vedere tale intervento di difficile realizzazione.

4. Competenze. Le competenze professionali, che comprendono una serie di abilità rispetto alla gestione del caso, quali la capacità di raccogliere informazioni, la valutazione rispetto agli elementi esistenti, la capacità di avere una visione di insieme della situazione, anziché le capacità interne dell'operatore, quali ad esempio l'ascolto, l'empatia, l'abilità nella conduzione del colloquio, risultano elemento fondamentale secondo gli intervistati, rispetto al processo decisionale. Altra dimensione ritenuta di considerevole importanza è legata alla possibilità di accedere alle risorse utili per attuare gli interventi: non poter usufruire delle risorse necessarie, comporta certamente la ridefinizione del progetto di intervento sulla base di ciò che è concretamente possibile realizzare, anche quando l'intervento così scelto non garantisca il migliore esito per il minore.

Le caratteristiche del caso assumono rilevanza rispetto alla valutazione del professionista oltre, infine, alla possibilità di contare sul supporto del proprio ente rispetto alle decisioni prese. Meno significative sono risultate le variabili legate alla capacità di affrontare utenti ostili o situazioni di difficoltà, e il trovare sostegno per le proprie preoccupazioni.

Rispetto alle competenze, l'età è un fattore che incide significativamente: i professionisti più anziani in termini di età e di anni di servizio, nel prendere le decisioni danno maggiore peso alle proprie competenze professionali, rispetto ai colleghi più giovani. Coloro che lavorano da molto tempo nello specifico ambito della tutela, fanno invece più affidamento alle competenze sviluppate in relazione alle caratteristiche del singolo caso.

Aver costruito un bagaglio di conoscenze appare funzionale a sentirsi forti delle proprie capacità professionali.

Complessivamente, è interessante notare come le competenze ritenute più rilevanti riguardino la dimensione “interna”, legata alle capacità personali e al proprio sistema valoriale, invece che variabili che hanno a che fare con l'esterno (in termini di risorse o lettura e gestione del caso) e quindi non direttamente e pienamente controllabili dai professionisti.

Contrariamente all'opinione più comune e diffusa, che vede gli interventi di protezione dei bambini come azioni spesso utilizzate senza tenere in considerazione il benessere dell'intero nucleo familiare e la partecipazione dei soggetti coinvolti, gli assistenti sociali riportano una realtà operativa differente, in cui la partecipazione e il supporto alla famiglia sono gli elementi principali da tenere in considerazione, prima di procedere con progetti che prevedano il temporaneo allontanamento dei bambini dalle loro famiglie.

L'importanza data al coinvolgimento delle figure genitoriali e del bambino dimostra come, al di là dell'orientamento, stia crescendo una forte attenzione alla partecipazione dei destinatari ai processi decisionali; destinatari non più vissuti e pensati come ricevitori passivi di interventi ma come attivi protagonisti del percorso di tutela. Tale attenzione mostra però alcune sue fragilità nell'operatività, quando si osserva la mancata correlazione di questa pratica con tutte le altre, in particolare con l'affido e il collocamento in comunità. Sarebbe da chiarire se l'ingresso di nuovi protagonisti, quali la famiglia affidataria o gli educatori della comunità, creino blocchi nella partecipazione o se in queste pratiche si celi una delega ad altri soggetti della comunicazione diretta con genitori e bambini.

Altro tema rilevante risulta essere quello dell'allontanamento, che si configura come l'“intervento ultimo”, da attuare solo dopo aver provato altre soluzioni: i progetti di tutela degli assistenti sociali tendono, infatti, alla previsione di una riunificazione del bambino con la sua famiglia. Questa tensione si riverbera nella scelta dell'intervento più opportuno, che sembra più orientato verso l'inserimento in comunità residenziale, forse nell'ottica di preservare il legame biologico e di permettere ai genitori o alle altre figure vicarianti, in un arco di tempo non troppo lungo, di ricostituire un ambiente di vita sano per i figli. Di conseguenza, emerge una visione meno positiva dell'istituto dell'affidamento familiare: gli assistenti sociali che si collocano in un orientamento dichiaratamente volto al supporto della famiglia, risultano più orientati al collocamento in comunità residenziale, rispetto all'affido. D'altra parte, gli assistenti sociali che, in percentuale minori-

taria, si dichiarano più propensi all'immediata protezione del minore e sono meno favorevoli al ricongiungimento familiare, non riportano una maggiore propensione all'affido rispetto all'inserimento in comunità residenziale. L'opinione in merito a questi due interventi di collocamento dei bambini andrebbe dunque maggiormente indagata per comprendere su che base venga prediletto un tipo di collocamento piuttosto che un altro.

Infine, i professionisti, in linea con le ricerche nazionali, danno particolare valore alle competenze professionali, soprattutto quando legate all'esperienza acquisita sul campo, e alle conseguenti capacità di gestire i casi in relazione alle proprie abilità personali. Questa dimensione appare slegata dal titolo di studio o da altre attività formative, mostrando anche in questo contesto, come la professione si costruisca maggiormente attraverso l'esperienza professionale e personale e meno sulle conoscenze teoriche ed empiriche.

Questi risultati vogliono essere un primo passo all'interno della ricerca italiana di servizio sociale sul tema del decision-making e fornire degli spunti di riflessione in merito all'operato degli assistenti sociali nell'ambito della protezione dei minori. I partecipanti alla ricerca hanno mostrato come, anche in assenza di prassi e procedure definite a livello normativo e organizzativo, sia presente negli operatori un elevato grado di riflessività in merito ai processi decisionali, che tuttavia necessitano di trovare una più elevata strutturazione al fine di rendere le scelte operative e i conseguenti interventi maggiormente rendicontabili, garantendo equità di trattamento anche a fronte di modalità gestionali differenti tra i servizi, oltre alla capacità di fornire risposte pubbliche in termini di efficacia. Inoltre, si vuole sottolineare, come anche in questo contesto, le conoscenze derivanti da studi scientifici appaiano fondamentali per acquisire buone abilità decisionali di fronte sia alla crescente complessità delle situazioni familiari, sia alla necessità di valutare l'operato dell'assistente sociale.

Riferimenti bibliografici

- Aber L.J., Allen J.P., Carlson J., Cicchetti D. (1989), "The effects of maltreatment on development during early childhood: recent studies and their theoretical, clinical, and policy implications", in Cicchetti D. and Carlson J., eds., *Child Maltreatment*, Wiley, Hoboken (N.J.).
- Anderson D.G. (2000), *Coping strategies and burnout among veteran child protection workers*, «Child Abuse & Neglect», 24, 6: 839-848.
- Arnkil T.E. (2011), "Favorire le interconnessioni nelle situazioni di incertezza: metodi dialogici relazionali", in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Asch S.E. (1956), *Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority*, «Psychological Monographs: General and applied» 70, 9: 1-70.
- Asher R. (1951), *Munchausen's Syndrome*, «Lancet», 1, 6650: 339-341.
- Banks S. (1999). *Etica e valori nel servizio sociale*, Erickson, Trento.
- Barnett D., Todd Manly K., Cicchetti D. (1995), "Defining child maltreatment: the interface between policy and research", in Cicchetti D., Toth S.L., eds., *Child abuse, child development, and social policy*, Ablex Publishing corporation, New York.
- Bartolomei N., Passera A.L. (2005), *L'assistente sociale. Manuale di servizio sociale professionale*, CicRre, Roma.
- Baumann D.J., Fluke J.D., Dalgleish L., Kern H. (2014), "The decision making ecology", in Shlonsky A., Benbenishty R., eds., *From Evidence to Outcomes in Child Welfare: An International Reader*, Oxford University Press, New York.
- Baumann D.J., Dalgleish L., Fluke J., Kern H. (2011), *The Decision-Making Ecology*, American Humane Association, Washington.
- Baumann D.J., Fluke J., Graham J.C., Wittenstrom K., Hedderson J., Riveaux S., Dettlaff A., Rycraft J., Ortiz M.J., James J., Kromrei L., Craig S., Sheets J., Ward D., Breidenbach R., Hardaway A., Boudreau B., Brown N. (2010), *Dis-132 proportionality in child protective services: The preliminary results of Statewide reform efforts*, Department of Family and Protective Services, Texas.
- Baumann D., Kern H. McFadden T., Law J.R. (1997), "Individual and organizational factors in burnout and turnover: A decision-making ecology approach", in Kern H., Baumann D.J., Fluke J., eds., *Worker Improvements to the Decision and Outcome Model (WISDOM): The child welfare decision enhancement pro-*

- ject, The Children's Bureau, Washington.
- Benbenishty R., Arad-Davison B. (2012), *Decision-making regarding suspected child maltreatment*, Symposium presented at the 12th Biennial International EUSARF Conference, 4-7 September, Glasgow, UK.
- Benbenishty R., Davidson-Arad B. (2008), *The role of workers' attitudes and parent and child wishes in child protection workers' assessments and recommendation regarding removal and reunification*, «Children and Youth Services Review», 30: 107-121.
- Benbenishty R., Davidson-Arad B., Lopez M., Devaney J., Spratt T., Koopmans C., Knorth E.J., Witteman C.L.M., Del Valle J.F., Hayes D. (2015), *Decision Making in child protection: An international comparative study on maltreatment substantiation, risk assessment and interventions recommendations, and the role of professionals' child welfare attitudes*, «Child Abuse & Neglect», 49: 63-75.
- Benbenishty R., Osmo R., Gold N. (2003), *Rationales provided for risk assessments and for recommended interventions in child protection: A comparison between Canadian and Israeli professionals*, «British Journal of Social Work», 33, 2: 137-155.
- Berben E.G.M.J. (2000), *If everybody would be the same. Assessment of youth care*, Shaker Publishing, Maastricht.
- Berry M., Charlson R., Dawson K. (2003), *Promising practices in understanding and treating child neglect*, «Child and Family Social Work», 8: 13-24.
- Bertotti T. (2004), *La tutela minori: mutamenti, rischi e potenzialità*, «Prospettive sociali e sanitarie», 4: 3-7.
- Bertotti T. (2010), *I servizi per la tutela dei minori: evoluzioni e mutamenti*, «Autonomie locali e servizi sociali», 2: 227-224.
- Bertotti T. (2012), *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, Roma.
- Bertotti T. (2016), *Decidere nel servizio sociale. Metodo e riflessioni etiche*, Carocci, Roma.
- Besharov D.J. (1986), *The misuse of foster care: When the desire to help children outruns the ability to improve parental functioning*, «Family Law Quarterly», 20: 213-231.
- Bhatt-Sinclair K., Sutcliffe C. (2012), *What determines the out-of-home placement of children in the USA?*, «Children and Youth Services Review», 34: 1749-1755.
- Bianchi E. (1988), "Alla ricerca di alcune "impronte" di teorie psicologiche e sociologiche nel servizio sociale", in Bianchi E., Cavallone A., a cura di, *Il lavoro sociale professionale tra soggetti e istituzioni. Dialogo tra servizio sociale, psicologia, sociologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Biestek F. (1961), *The Casework Relationship*, Allen and Unwin, London.
- Bortoli B., Folgheraiter F. (2002), *Empowerment*, «Lavoro sociale», 2: 273-282.
- Britner P.A., Mossler D.G. (2002), *Professionals' decision-making about out of home placements following instances of child abuse*, «Child Abuse & Neglect», 26: 317-332.
- Bronfenbrenner U. (1979), *The ecology of human development*, Harvard University Press, Harvard.

- Brunnberg E., Pećnik N. (2007), *Assessment processes in social work with children at risk in Sweden and Croatia*, «International Journal of Social Welfare», 16: 231-241.
- Buka S., Stichick T., Birdthistle I., Earls F. (2010), *Youth exposure to violence: Prevalence, risks and consequences*, «American Journal of Orthopsychiatry», 71: 298-310.
- Cabiati E. (2015a), *Gli assistenti sociali in child protection. Cosa pensano, cosa fanno, come stanno. Un'indagine in Lombardia*, Erickson, Trento.
- Cabiati E. (2015b), *Le forme di gestione dei Servizio Tutela Minori in Lombardia: un'indagine alla luce dei processi isomorfici*, «Autonomie locali e servizi sociali», 3: 517-536.
- Campanini A. (2002), *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Carradore M. (2015), *Sistemi di protezione sociale regionali in Italia: riflessioni su alcune classificazioni*, «Autonomie locali e servizi sociali», 2: 165-182.
- Casanueva C.E., Cross T.P., Ringeisen H. (2008), *Developmental needs and individualized family service plans among infants and toddlers in the child welfare system*, «Child Maltreatment», 13, 3: 245-258.
- Cascone C., Ardesi S., Giocanda M.(2014), *Diritto di famiglia e minorile per operatori sociali e sanitari*, Cedam, Padova.
- Cesa Bianchi M., Scabini E. (1991), *La violenza sui bambini*, FrancoAngeli, Milano.
- Chan J.S., Elliott J.M., Chow Y., Thomas J.I. (2002), *Does professional and public opinion in child abuse differ? An issue of cross-cultural policy implementation*, «Child Abuse Review», 11: 359-379.
- Cheyne H., Dalglish L., Tucker J., Kane F., Shetty A., McLeod S., Niven C. (2012), *Risk assessment and decision making about in-labour transfer from rural maternity care: a social judgment and signal detection analysis*, «BMC medical informatics and decision making», 12, 122.
- Child Welfare Information Gateway (2003), *Decision-making in unsubstantiated child protective services cases: synthesis of recent research*, Washington D.C., U.S. Department of Health and Human Services.
- Christian C., Scribano P., Seidl T., Pinto-Martin J. (1997), *Pediatric injury resulting from family violence*, «Pediatrics», 99, 2: 208-212.
- Christiansen Ø., Havik T., Anderssen N. (2010), *Arranging stability for children in long-term out-of-home care*, «Children and Youth Services Review», 32, 7: 913-921.
- Cirillo S. (1986), *Dietro un bambino maltrattato c'è una famiglia in crisi*, «Attraverso lo specchio - Rivista di Psicoterapia relazionale», 14: 18-22.
- Cirillo S., Cipolloni M.V. (1994), *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Cortina, Milano.
- CISMAI (2006), *Documenti sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. Maltrattamento e abuso all'infanzia*, testo disponibile al sito: <https://cismai.it/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita/>.
- Coates A., Messnam-Moore T.L. (2014), *A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment*, «Child Abuse & Neglect», 38, 1: 103-113.

- Codini E., Fossati A., Frego Luppi S.A. (2015), *Manuale di diritto dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino.
- Colesanti C., Lunari L. (1995), *Il maltrattamento del minore: aspetti medico-legali, giuridici e sociali*, Giuffrè, Milano.
- Conrad D., Kellar-Guenther Y. (2006), *Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers*, «Child Abuse & Neglect», 30, 10: 1071-1080.
- Consiglio d'Europa (1978), *IV Seminario Criminologico*, Strasburgo.
- Coohey C. (2006), *Physically abusive fathers and risk assessment*, «Child Abuse & Neglect», 30, 5: 467-480.
- Courtney M.E., Dworsky A., Hook J., Brown A., Cary C., Love K., Bost N. (2010), *Midwest evaluation of the adult functioning of former foster youth*, Chapin Hall at the University of Chicago, Chicago.
- Cummings E., Davies P., Campbell S. (2000), *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*, Guilford Press, New York.
- Dal Pra Ponticelli M. (1985), *I modelli teorici del servizio sociale*, Astrolabio, Roma.
- Dalgleish L.I. (1988), *Decision making in child abuse cases: Applications of social judgment theory and signal detection theory*, «Advances in Psychology», 54: 317-360.
- Dalgleish L.I. (2006), *Testing for the effects of decision bias on overrepresentation: Applying the GADM model*. Paper presented at the 16th International Congress on Child Abuse and Neglect.
- Dalrymple J. (2011), “La voce dei minori. Partecipazione e interventi di tutela”, in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Davidson-Arad B. (2005), *Fifteen-month follow-up of children at risk: Comparison of the quality of life of children removed from home and children remaining at home*, «Children and Youth Services Review», 27, 1: 1-20.
- Davidson-Arad B., Benbenishty R. (2008), *The role of workers' attitudes and parent and child wishes in child protection workers' assessments and recommendation regarding removal and reunification*, «Children and Youth Services Review», 30, 1: 107-121.
- Davidson-Arad B., Englechin-Segal D., Wozner Y., Gabriel R. (2003), *Why social workers do not implement decisions to remove children at risk from home*, «Child Abuse & Neglect», 27, 6: 687-697.
- De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F. (2007), *L'assistente sociale e la valutazione*, Carocci, Roma.
- De Ambrogio U., Dessi C., Ghetti V. (2013), *Progettare e valutare nel sociale: metodi ed esperienze*, Carocci, Roma.
- De Kwaadsteniet L.D. (2009), *Clinicians as Mechanics? Causal Reasoning in Clinical Judgment and Decision Making*, testo disponibile al sito: <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/76681/76681.pdf?sequence=1>.
- De Panfilis, D., Scannapieco, M. (1994), *Assessing the safety of children at risk of maltreatment: Decision-making models*, «Child Welfare», 73, 3: 229-245.

- Dettlaff A.J., Rycraft J.R. (2008), *Deconstructing disproportionality: Views from multiple community stakeholders*, «Child Welfare», 87, 2: 37-58.
- Dettlaff A., Rivaux S., Baumann D.J., Fluke J.D., Rycraft J.R. (2011), *Disentangling substantiation: The influence of race, income, and risk on the substantiation decision in child welfare*, «Children and Youth Services Review», 33: 1630-1637.
- Dettlaff A.J., Graham J.C., Holzman J., Baumann D.J., Fluke J.D. (2015), *Development of an instrument to understand the child protective services decision-making process, with a focus on placement decisions*, «Child Abuse & Neglect», 49, 1: 24-34.
- Dettlaff A.J., Rycraft J.R. (2008), *Deconstructing disproportionality: Views from multiple community stakeholders*, «Child Welfare», 87, 2: 37-58.
- Dewey J. (1993), "The Need for a Recovery of Philosophy", in Morris D. and Shapiro I., eds., *John Dewey: The Political Writings*, Hackett Publishing Co, Indianapolis IN.
- Di Blasio P. (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, il Mulino, Bologna.
- Diomede Canevini M. (2013), "Deontologia professionale", in Campanini A., a cura di, *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Domanico M.G. (2011), "I servizi nel processo: tutela, responsabilità e difesa tecnica", in Pe A., Ruggiu A., a cura di, *Il giusto processo e la protezione del minore*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di (2011), *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Dorsey S., Farmer E. M., Barth R.P., Greene K.M., Reid J., Landsverk J. (2008), *Current status and evidence base of training for foster and treatment foster parents*, «Children and Youth Services Review», 30, 12: 1403-1416.
- Doyle J.J. (2008), *Child protection and adult crime: Using investigator assignment to estimate causal effects of foster care*, «Journal of Political Economy», 116: 746-770.
- Evans S.E., Steel A.L., Di Lillo D. (2013), *Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: does perceived social support play a buffering role?*, «Child Abuse & Neglect», 37, 11: 934-943.
- Facchin P. (1998), *Le diagnosi di maltrattamento*, «Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione ed Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza», 1, pp. 73-83.
- Fallon B., Chabot M., Fluke J., Blackstock C., Maclaurin B., Tonmyr L. (2013), *Placement decisions and disparities among Aboriginal children: Further analysis of the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect part A: Comparisons of the 1998 and 2003 surveys*, «Child Abuse & Neglect», 37: 47-60.
- Fargion S. (2006), *Thinking Professional Social Work: Expertise and Professional Ideologies in Social Workers Accounts of Their Practice*, «Journal of Social Work», 6: 255-273.
- Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma-Bari.
- Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi, ricerche*, Carocci, Roma.

- Fargion S. (2014), *Synergies and tensions in child protection and parent support: policy lines and practitioners cultures*, «Child and Family Social Work», 19, 1: 24-33.
- Feldman K.W. (1997), "Evaluation of physical abuse", in Helfer E., Kempe R.S., Krugman D., eds., *The battered child*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Ferrario F. (1996), *Le dimensioni dell'intervento sociale*, Carocci, Roma.
- Finkelhor D. (1994), *Current Information on the scope and nature of child sexual abuse*, «The Future of Children», 4, 2: 31-53.
- Fluke J.D., Bauman D.J., Dalgleish L.I., Kern H.D. (2014), "Decisions to Protect Children: A Decision Making Ecology", in Korbin J.E., Krugman R.D., eds., *Handbook of Child Maltreatment*, Springer, New York.
- Fluke, J. D., Parry, C., Shapiro, P., Hollinshead, D., Bollenbacher, V., Baumann, D., Davis-Brown, K. (2001), *The dynamics of unsubstantiated reports: A Multi-State Study*, Englewood, CO, American Humane Association.
- Folgheraiter F. (2011), "Reti e facilitazione di reti nella tutela dei minori", in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Font S.A., Maguire-Jack K. (2015), *Decision-making in child protective services: Influences at multiple levels of the social ecology*, «Child Abuse & Neglect», 47: 70-82.
- Font S.A., Berger L.M., Slack K.S. (2012), *Examining racial disproportionality in child protective services case decisions*, «Children and Youth Services Review», 34: 2188-2200.
- Forrester D., McCambridge J., Waissbein C., Rollnick S. (2008), *How do child and family social workers talk to parents about child welfare concerns?*, «Child Abuse Review», 17, 1: 23-35.
- Gambrill E. (1997), "Social work education: Current concerns and possible futures", in Reisch M., Gambrill E., eds., *Social work in the 21st century*, Sage, Thousand Oaks (CA).
- Gambrill E. (2005), *Critical thinking in clinical practice*, Wiley New, York.
- Gambrill E. (2007), *Views of evidence-based practice: social workers' code of ethics and accreditation standards as guides for choice*, «Journal of Social Work Education», 43, 3: 447-462.
- Gambrill E., Shlonsky A. (2000), *Risk assessment in context*, «Children and Youth Services Review», 22: 813-837.
- Garb H.N. (1998), *Studying the clinician*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Garb H.N. (2005), *Clinical judgment and decision making*, «Annual Review of Clinical Psychology», 1: 67-89.
- Ghezzi D., Vadiolonga F., a cura di (1996), *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Cortina, Milano.
- Gilbert N., Parton N., Skivenes M. (2011), *Child Protection Systems. International Trends and Orientations*, Oxford University Press, New York.
- Gilbert R., Widom C.S., Browne K., Fergusson D., Webb E., Janson S. (2009), *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*, «The Lancet», 373: 68-81.

- Gillingham P., Humphreys C. (2010), *Child Protection and Decision-Making Tools: Observation and Reflection from the Front Line*, «British Journal of Social Work», 40: 2598-2616.
- Glaser D. (2002), *Emotional abuse and neglect, psychological maltreatment: a conceptual framework*, «Child Abuse & Neglect», 26, 6-7: 697-714.
- Glisson C., Hemmelgarn A. (1998), *The effects of organizational climate and interorganizational coordination on the quality and outcomes of children's service systems*, «Child Abuse & Neglect», 22(5), 401-421.
- Gold N., Benbenishty R., Osmo R. (2001), *A comparative study of risk assessments and recommended interventions in Canada and Israel*, «Child Abuse & Neglect», 25, 5: 607-622.
- Gori C. (2004), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2004), *Le sfide teoriche del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2013), "Teoria del servizio sociale", in Campanini A., a cura di, *Nuovo dizionario di Servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Hammond K. (1996), *Human Judgement and Social Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- Hobbs C.J., Wynne J.M. (2002), *Neglect of neglect*, «Current Pediatrics», 12 (2), pp. 144-150.
- Iscove I., Harris L.C. (1984), *Social and community interventions*, «Annual Review of Psychology», 35: 333-360.
- Jent J.F., Eaton C.K., Knickerbocker L., Lambert W.F., Merrick M.T., Dandes S.K. (2011), *Multidisciplinary child protection decision making about physical abuse: Determining substantiation thresholds and biases*, «Children and Youth Services Review», 33: 1673-1682.
- Johnson R.M., Kotch J.B., Catellier D.J., Winsor J.R., Dufort V., Hunter W., Amaya-Jackson L. (2002), *Adverse behavioral and emotional outcomes from child abuse and witnessed violence*, «Child Maltreatment», 7: 179-186.
- Jonas I.H. (1990), *Il principio della responsabilità*, Einaudi, Torino.
- Jones F., Morris M. (2007), *Working with child sexual abuse: A systematic perspective on whether children need to tell their therapists details of the abuse for healing to take place*, «Journal of Family Therapy», 29: 222-237.
- Keddell E. (2014), *Current Debates on Variability in Child Welfare Decision-Making: A Selected Literature Review*, «Social Sciences», 3: 916-940.
- Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. (1962), *The battered child syndrome*, «JAMA», 181: 17-24.
- Kern H.D., Baumann D.J., Fluke J.D. (1997), *Workers improvements to the structured decision and outcome model (WISDOM): The child welfare decision enhancement project*, The Children's Bureau, Washington.
- Kurtz P.D., Gaudin J.M., Howing P.T., Wodarski J.S. (1993), *The consequences of physical abuse and neglect on the school age child: mediating factors*, «Children and Youth Services Review», 15, 2: 85-104.
- LaFontaine J. (1990), *Child sexual abuse*, Polity Press, Cambridge.
- Lazarus R.S., Lazarus R.S. (1991). *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, New York.
- Lindsey D. (2004), *The welfare of children*, Oxford University Press, New York.

- Loomes G., Sugden R. (1982), *Regret theory: An alternative theory of rational choice under uncertainty*, «The Economic Journal», 92, 368: 805-824.
- Luberti R., Pedrocco M.T. (2005), *La violenza assistita intrafamiliare*, FrancoAngeli, Milano.
- Lundahl B.W., Nimer J., Parsons B. (2006), *Preventing child abuse: A meta-analysis of parent training programs*, «Research on Social Work Practice», 16: 251-262.
- Malacrea M. (2000), *L'abuso sessuale all'infanzia*, «Prospettive sociali e sanitarie», 1: 10-15.
- Malagoli Togliatti M. (2011), "Ascoltare il minore conteso", in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Malaguti E. (2002), *Educarsi alla resilienza: come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento.
- Mannheim, K. (1953), "Conservative Thought", in Mannheim K., ed., *Essays on Sociology and Social Psychology*, Routledge and Kegan Paul, London.
- McAuliffe D. (2012), "Ethical decision making", in Gray M., Webb S.A., eds., *Ethics and Value Perspectives in Social Work*, Palgrave-Macmillan, New York.
- McGoldrick M., Carter E. (1986), "Il ciclo di vita della famiglia", in Walsh F., ed., *Stili di funzionamento familiare. Come le famiglie affrontano gli eventi della vita*, FrancoAngeli, Milano.
- Meadow S.R. (1977), *Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse*, «Lancet», 310, 8033: 343-345.
- Mersky J., Berger L., Reynolds A., Gromoske A. (2009), *Risk factors of child and adolescent maltreatment*, «Child Maltreatment», 14, 1: 73-88.
- Miller-Perrin C., Perrin R. (2013), *Child maltreatment*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Montecchi F. (2002), *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*, FrancoAngeli, Milano.
- Montecchi F. (2011), *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato*, FrancoAngeli, Milano.
- Mor Barak M.E., Nissly J.A., Levin A. (2001), *Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis*, «Social service review», 75, 4: 625-661.
- Moro C.A. (2008), *Manuale di diritto minorile*, Zanichelli, Bologna.
- Morris K. (2011), "Il Family Group Decision-Making: risultati di ricerca utili per il lavoro sul campo", in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Munro E. (1999), *Common errors of reasoning in child protection work*, «Child Abuse & Neglect», 23: 745-758.
- Munro E. (2008), "Lessons from research on decision making", in Lindsey D., Shlonsky A., eds., *Child welfare research: Advances for practice and policy*, Oxford University Press, New York.
- Munro E. (2012), "Risk assessment and decision making", in Gray M., Midgley J., Webb S.A., eds., *The SAGE handbook of social work*, Sage, London.
- Myers J.E.B. (2011), *A short history a child protection in America*, Sage, Los Angeles.
- Nicoletti R., Rumiati R. (2011), *I processi cognitivi*, il Mulino, Bologna.

- Noonan K., Burke K. (2005), *Termination of parental rights: Which foster care children are affected?*, «The Social Science Journal», 42, 2: 241-256.
- Nybell L.M., Gray S.S. (2004), *Race, place, space: Meanings of cultural competence in three child welfare agencies*, «Social Work», 49, 1: 17-26.
- O'Connor L., Leonard K. (2013), *Decision-Making in Children and Families Social Work: The Practitioner's Voice*, «British Journal of Social Work», 44, 7: 1805-1822.
- O'Hagan K.P. (1995), *Emotional and psychological abuse: Problems of definition*, «Child Abuse & Neglect», 19, 4: 449-461.
- Oatley K., Keltner D., Jenkins J.M. (2006), *Understanding Emotions*, Blackwell publishing, Malden.
- Olivetti Manoukian F. (2011), *La crisi dei servizi dell'area tutela minori*, «Minori Giustizia», 3: 201-211.
- Osmo R., Benbenishty R. (2004), *Children at risk: Rationales for risk assessments and interventions*, «Children and Youth Services Review», 26, 12: 1155-1173.
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, FrancoAngeli Milano.
- Pecora P., Williams J., Kessler R., Downs C.A., O'Brien K., Hiripi E. (2003), *Assessing the effects of foster care: Early results from the Casey National Alumni Study*, testo disponibile al sito: <http://fostercarealumni.casey.org/index2.asp>.
- Philips M., Shyne A., Sherman E., Haring B. (1971), *Factors associated with placement decisions in Child Welfare*, Research Service, Child Welfare League of America.
- Pinheiro P.S. (2006), *I diritti dei bambini*, Rapporto Onu sulla violenza contro i bambini, testo disponibile al sito: https://www.unicef.it/Allegati/Rapporto_violenza_ONU.pdf.
- Portwood S.G. (1998), *The impact of individuals' characteristics and experiences on their definitions of child maltreatment*, «Child Abuse & Neglect», 22, 5: 437-452.
- Radolph K.A., Fraser M.W., Orthner D.K. (2004), *Educational resilience among youth at risk*, «Subst Use Misuse», 39, 5: 747-767.
- Raineri M.L. (2011), "Il valore delle conoscenze esperienziali", in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Raineri M.L. (2012), *Linee guida e procedure operative di servizio sociale*, Erickson, Trento.
- Rivaux S.L., James J., Wittenstrom K., Baumann D.J., Sheets J., Henry J., Jeffries V. (2008), *The intersection of race, poverty and risk: Understanding the decision to provide services to clients and to remove children*, «Child Welfare», 87: 1551-168.
- Rossi P.H., Schuerman J., Budde S. (1999), *Understanding decisions about child maltreatment*, «Evaluation Review», 23, 6: 579-598.
- Rumiati R. (2009), *Decidere. Come scegliere la strada migliore*, il Mulino, Bologna.
- Sabatello U., Di Cori R. (2001), *L'abuso sessuale infantile: problematiche cliniche e modelli di intervento*, FrancoAngeli, Milano.
- Schuerman J., Rossi P. H., Budde S. (1999), *Decisions on placement and family preservation: Agreement and targeting*, «Evaluation Review», 23, 6: 599-618.

- Segatto B., Dal Ben A., Giacomini S. (2019), *I processi decisionali nella protezione dell'infanzia: determinanti personali e istituzionali degli assistenti sociali*, Book of Abstract, Sociss, II Conferenza Italiana sulla Ricerca di Servizio Sociale, 31 maggio, Trento.
- Segatto B., Dal Ben A., Giacomini S. (2020, in press), *I servizi per il benessere e la protezione dei minori tra territorialità e discrezionalità decisionale. Uno studio condotto nella Regione Veneto*, «Salute e Società».
- Serbati S., Milani P. (2013), *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*, Carocci, Roma.
- Serbati S., Ius M., Me S., Milani P. (2011), “Assessment e progetto di intervento negli allontanamenti. Costruzione e sperimentazione di uno strumento partecipativo”, in Donati P., Folgheraiter F., Raineri M.L., a cura di, *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*, Erickson, Trento.
- Sherif M. (1936), *The psychology of social norms*, Harper, New York.
- Sicora A. (2015), “La pratica riflessiva nel servizio sociale”, in Cellini G. e Della Valle S.M., a cura di, *Il processo di aiuto. Prospettive metodologiche*, Giampichelli, Torino.
- Simon H.A. (1957), *Models of Man*, Wiley, New York.
- SINPIA (2007). *Linee Guida in tema di abuso sui minori*, Erickson, Trento.
- Stanley T. (2013), ‘Our tariff will rise’: *Risk, probabilities and child protection*, «Health, risk & society», 15, 1: 67-83.
- Stein T.J., Rzepnicki T.L. (1984), *Decision making in child welfare services: Intake and planning*, Springer, New York.
- Straus M.A., Field C.J. (2003), *Psychological aggression by American parents: National data on prevalence, chronicity, and severity*, «Journal of Marriage and Family», 65: 795- 808.
- Taylor B.J. (2013), *Professional decision making and risk in social work. Post-qualifying social work practice*, Sage, London.
- Theodore A.D., Chang J.J., Runyan D.K., Hunter W.M., Bangdiwala S.I., Agans R. (2005), *Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas*, «Pediatrics», 115: 331-337.
- Tversky A., Kahneman D. (1981), *The framing of decisions and the psychology of choice*, «Science», 211: 453-458.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children’s Bureau (2010), *Child Maltreatment 2009*, testo disponibile al sito: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm07/cm07.pdf>.
- Verrocchio M.C., Miragoli S. (2013), “Maltrattamento e abuso all’infanzia: fattori di rischio e fattori di protezione”, in De Risio A., Miletto R., a cura di, *Complice il silenzio*, Alpes Italia Editore, Roma.
- WHO (1999), *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, WHO, Geneva.
- WHO (2013), *European Report on Preventing Child Maltreatment*, WHO, Geneva.
- WHO (2014), *Global Status Report on Violence Prevention*, WHO, Geneva.
- Wolock I., Horowitz B. (1984), *Child maltreatment as a social problem: the neglect of neglect*, «American Journal of Orthopsychiatry», 54: 530-543.

- Wulczyn F., Gibbons R., Snowden L., Leary B. (2013), *Poverty, social disadvantage, and the black/white placement gap*, «Children and Youth Services Review», 35: 65-74.
- Wynd D. (2013), *Child Abuse: An Analysis of Child Youth and Family Data*, Auckland, Child Poverty Action Group.
- Yoo J. (2002), *The relationship between organizational variables and client outcomes: A case study in child welfare*, «Administration in Social Work», 26, 2: 39-61.

Ultimi volumi pubblicati:

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).

CRISTIANO GORI (a cura di), *L'alternativa al pubblico?*. Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale (disponibile anche in e-book).

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.

ALICE DONDI, ANNARITA ARGENTO, *La relazione psicosociale in adozione*. Criteri e strumenti per la valutazione (disponibile anche in e-book).

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 ADESSO, *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 LAURÌA, 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).

FRANCESCO CIRILLO, FABIO PICCOLI, *Donare, molto più di un semplice dare*. Ricerche e studi Avis sulla donazione di sangue nel territorio di Parma (E-book).

MAURIZIO AMBROSINI (a cura di), *Volontariato post-moderno*. Da Expo Milano 2015 alle nuove forme di impegno sociale (disponibile anche in e-book).

ENRICO MANCINI, *Facciamo i... conti!*. La narrazione come modello per trasformare il sociale (disponibile anche in e-book).

MASSIMO DEL FORNO (a cura di), *Nel complesso mondo del welfare*. Idee, metodi e pratiche.

MASSIMO BALDUCCI, LUCETTA TRE RE (a cura di), *L'organizzazione dei servizi sociali*.

MARA TOGNETTI BORDOGNA (a cura di), *Voglio fare l'assistente sociale*. Formazione e occupazione dei laureati in Servizio sociale in tempi di crisi e discontinuità (disponibile anche in e-book).

CLAUDIA TURRISI, *Hiv/Aids 2.0*. Profezia di un'evoluzione possibile.

IVANA CARUSO, MARIA CINZIA MANTEGNA, *Oikos legami familiari*. Nuove prospettive d'intervento nei casi di genitorialità fragile (disponibile anche in e-book).

VINCENZA PELLEGRINO, CHIARA SCIVOLETTO (a cura di), *Il lavoro sociale che cambia*. Per una innovazione della formazione universitaria.

ANTONIO TIBERIO, ANTONIO DE CHIARA, *I servizi sociali*. Guida per psicologi e operatori sociali.

MARA TOGNETTI BORDOGNA (a cura di), *Il tirocinio come pratica situata*. Le esperienze dei Corsi di Laurea in Servizio Sociale (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).

LUCA FAZZI, *Servizio sociale riflessivo*. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali.

ANTONIO TIBERIO, ANTONIO DE CHIARA, *Principi, valori e fondamenti del servizio sociale*.

VALERIA LUPIDI, VINCENZO LUSA, GIANANDREA SERAFIN (a cura di), *Gioventù fragile*. I nuovi contorni della devianza e della criminalità minorile (disponibile anche in e-book).

ERSILIA MENESINI, FEDELE RUGGERI (a cura di), *Quartiere, famiglia e scuola insieme*. Un approccio multidimensionale al disagio abitativo e sociale (disponibile anche in e-book).

Vi aspettiamo su:

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 © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835100935

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
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 © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835100935



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**.

Tutelare i bambini è uno dei compiti più complessi che sono chiamati a svolgere gli assistenti sociali. Da sempre etichettati come coloro che, invece di fornire aiuto e supporto, rubano i bambini alle famiglie sulla base di motivazioni evanescenti e superficiali, questi professionisti devono fare oggi i conti con un'opinione pubblica pronta a giudicare l'esito finale dei loro interventi senza avere conoscenza delle procedure attuate.

Il volume nasce dalla volontà di far comprendere i processi che portano a scegliere di attuare uno specifico intervento di protezione dei bambini e di sostegno alle loro famiglie. Attraverso la presentazione degli esiti di una ricerca quantitativa sulle pratiche, gli atteggiamenti e le opinioni degli assistenti sociali che si occupano di protezione e benessere dei minori, si è cercato di analizzare il processo decisionale dei professionisti italiani, nonché di contribuire alle carenze di studi sul tema nel nostro Paese. Le decisioni difficili, ricordate nel titolo, riguardano il definire quale progetto di supporto realizzare per contrastare la situazione di rischio presente; il decidere se allontanare temporaneamente un bambino dal suo nucleo di origine e dove collocarlo; o, qualora le condizioni lo rendano necessario, il segnalare all'autorità giudiziaria. Dai risultati si avvalorano la forte attenzione degli operatori intervistati verso il sostegno al nucleo familiare e alla salvaguardia dei legami tra il minore e la sua famiglia di origine. Tale orientamento poggia sui valori personali e sulle competenze professionali degli assistenti sociali. Si evidenziano però anche alcune fragilità del sistema, in particolare rispetto agli interventi da attuare quando si rende necessario un collocamento del minore fuori famiglia.

Barbara Segatto è professore associato presso l'Università di Padova, dove insegna Sociologia della Famiglia e dell'Infanzia. È presidente del Corso di Laurea in Servizio Sociale.

Anna Dal Ben è dottore di ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale e assistente sociale. Attualmente è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali dell'Università di Padova.