

La partecipazione delle famiglie e dei bambini nel Programma P.I.P.P.I. Lezioni da una *best practice*

Families' and children's participation in the P.I.P.P.I. programme. Lessons since best practice

Sara Serbati

Researcher, Research and Intervention Lab in Family Education, Department of Philosophy, Sociology, Pedagogy and Applied Psychology, FiSPPA, University of Padova

Users' participation in Child and Family Social Work is widely acknowledged as a central and hard-to-reach issue for successful and effective intervention. The article considers the methodological proposal of Participative and Transformative Evaluation (PTE). The PTE is realised inside the second implementation of the Programme of Intervention for Prevention of Institutionalization (P.I.P.P.I.), which involved 144 child care and protection cases (198 children) in nine Italian cities. The case selected for this article has been chosen because it reflects a best practice in using the PTE as well as the participation path and is undertaken following the indications of the Critical Best Practice. It allowed an in-depth understanding of the mother's and professionals' viewpoints about what built the success in their practice. During the discussion three components are considered: the technical solutions offered by research or science (technical components) become meaningful when participants not only apply them, but act upon them, building, internally, the meanings to be enacted (internal component). In the case study this came about through dialogue between people, and through negotiation and reflection on competence, visions and values (communicative component).

Keyword

vulnerable families, families' and children participation, assessment and care planning, child protection, case study

La partecipazione dei bambini e delle famiglie al lavoro sociale e educativo è ampiamente riconosciuta come una questione chiave per un intervento efficace ma difficile da realizzare. L'articolo approfondisce la proposta metodologica della valutazione partecipativa e trasformativa (VPT) nel realizzare la partecipazione dei bambini e delle famiglie attraverso uno studio di caso che fa riferimento alla seconda

Riduzione e adattamento dell'articolo: S. Serbati (2017). "You won't take away my children!" Families' participation in Child Protection. Lessons since best practice. *Children and Youth Services Review*, 82, pp. 214-221, vincitore nel 2018 dell'"ESWRA Award for an Outstanding Publication in European Social Work Research" per originalità, innovazione metodologica, significativo contributo conoscitivo e potenziale impatto nelle pratiche.

implementazione di P.I.P.P.I. (2013-2014), che ha coinvolto 144 famiglie per 198 bambini in nove città italiane. Il caso presentato in questo articolo è stato scelto perché riflette una *best practice* nell'uso della VPT e del percorso di partecipazione. Lo studio di caso è stato realizzato seguendo le indicazioni della *Critical Best Practice*, e ha permesso una comprensione approfondita dei punti di vista della madre e degli operatori sui fattori che hanno contribuito al buon esito nell'intervento. Durante la discussione tali fattori sono ricondotti a tre componenti interconnesse: le soluzioni tecniche offerte dalla ricerca (componenti tecniche) che diventano significative quando i partecipanti non solo le applicano, ma agiscono su di esse, costruendo, internamente, i significati da attuare (componente interna). Nello studio di caso ciò è avvenuto attraverso il dialogo, il confronto e la riflessione tra tutti i partecipanti (componente comunicativa).

Parole chiave

bambini e famiglie vulnerabili, partecipazione dei bambini e delle famiglie, valutazione e progettazione degli interventi, tutela minori, Studio di caso

1. La partecipazione delle famiglie negli interventi sociali e educativi con le famiglie vulnerabili

È diffusamente riconosciuto in letteratura il legame tra la partecipazione delle persone che accedono ai servizi e la probabilità che la decisione che riguarda un intervento abbia successo (Milani, 2018; van Bijleveld *et alii*, 2015; Dallanegra, Fava, 2012; Serbati, Gioga, Milani, 2012; Dumbrill, 2006; Holland, 1999). L'idea che la condivisione dei punti di vista permetta una coesione nel perseguimento degli obiettivi, e che questo faciliti il loro raggiungimento, non è solo un dato di ricerca, ma anche di buon senso. Difficilmente gli operatori non riconoscono l'importanza della partecipazione come principio generale e obiettivo desiderabile, che può anche risultare un elemento facilitante per il lavoro da svolgere (Fogheraite, 2018; Bertotti, 2012; Gallagher *et alii*, 2012; Kanizsa, Tramma, 2011; Sità, 2005; Raineri, 2004). Eppure, la costruzione di tale incontro è faticosa e difficile. Le ricerche che mettono in luce il punto di vista dei genitori confermano una cesura forte tra il mondo delle famiglie e dei servizi: i genitori riportano sentimenti di non apprezzamento da parte degli operatori, si sentono esclusi dalle decisioni che riguardano gli interventi, senza aiuto e confusi di fronte a un sistema di potere esercitato su di essi (Serbati, Gioga, 2017; Melazzini, 2011; Dumbrill, 2006; Dale, 2004; Kapp, Propp, 2002). E anche per gli operatori risulta difficoltoso applicare un approccio partecipativo nei servizi per bambini e famiglie vulnerabili. La partecipazione, infatti, richiede di ascoltare, rispondere, pensare insieme. Attività che risultano relativamente facili quando i motivi di preoccupazione sono di lieve entità. Ma nel caso delle famiglie vulnerabili le preoccupazioni sono molte e le situazioni sono caratterizzate da livelli elevati di incertezza (Arnkil, Seikkula, 2015; Roose *et alii*, 2013). È comprensibile dunque come possa prevalere per il professionista la spinta per la sicurezza e la protezione del bambino, attuata attraverso l'esercizio di un controllo professionale che a volte priva l'altro, il genitore e il bambino, della possibilità di gestire le decisioni che lo riguardano. Peraltro, quando il bambino non si trova in situazione di sicurezza l'attivazione di un tale processo di controllo è giustificato, ma deve essere comunque seguito da un altro processo che permetta all'altro, genitore e bambino, di comprendere il significato e le ragioni di quanto accaduto e di riappropriarsi un poco alla volta della possibilità e della capacità di decidere rispetto alla propria situazione. L'attuazione di un modello realmente partecipativo è un processo difficile, impegnativo, per gli operatori. È dunque importante riconoscere che nel lavoro sociale, educativo e socio-sanitario esistono diversi livelli di partecipazione che possono essere presenti e variare durante tutto il percorso di accompagnamento. A tal proposito, in letteratura sono disponibili numerose scale di partecipazione. In Tab. 1 si propone un adattamento della scala di O'Sullivan (2011) relativa alla partecipazione nei processi decisionali delle persone che accedono ai servizi. Nel gradino più basso è rappresentato il livello di "non partecipazione" o "partecipazione apparente", che attribuisce un ruolo del tutto passivo alla

persona, finalizzato esclusivamente a far accettare e ad ottenere il consenso per scelte e progetti già deliberati dagli operatori. Nel secondo gradino la partecipazione si manifesta come processo finalizzato al miglioramento dei progetti e delle scelte da effettuare, ma non conferisce reali poteri alle persone, dato che il potere decisionale rimane nelle mani degli operatori. In questo caso, gli operatori intendono la partecipazione dei genitori nei termini di *compliance*, per cui essi sono invitati a prendere gli appuntamenti, a eseguire gli impegni e a concorrere nelle azioni decise dagli operatori e dalle altre persone. Sono approcci che forniscono qualche gratificazione in più, esprimono il riconoscimento della voce dei beneficiari dei servizi; a volte assumono la forma di una cooperazione simbolica in cui i punti di vista delle persone sono ascoltati, ma è chiaro che tale ascolto è solo consultivo, l'atto deliberativo rimane al servizio.

Nello studio di Dumbrell (2006) i genitori rispondono a questo squilibrio di potere in tre modi: alcuni genitori riconoscono la validità dell'intervento dei servizi, lo accettano e seguono le indicazioni dei servizi. Altri genitori non riconoscono la validità dell'intervento per la propria situazione, ma per evitare problemi più grandi decidono di stare al gioco. Infine ci sono i genitori che non accettano l'intervento e cercano in tutti i modi di ostacolarlo.

Più in alto nella scala ci sono i livelli che corrispondono alla partecipazione effettiva, ossia a esperienze di decisionalità condivisa, in cui la partecipazione non è vista solo come un mezzo per raggiungere uno scopo, ma come parte integrante dei fini. In questi gradini, le persone acquisiscono via via sempre più potere decisionale, attraverso una redistribuzione del potere, che può giungere anche all'autogestione dei propri progetti di intervento.

| Livelli di partecipazione | Descrizione |
|--|---|
| Esercizio della propria decisionalità <i>Being in control</i> | Rispetta la capacità delle persone che accedono ai servizi di prendere le decisioni per sé. |
| Decisionalità condivisa <i>Being a partner</i> | Si raggiunge un accordo attraverso il dialogo e la negoziazione con le persone che accedono ai servizi. |
| Essere consultati <i>Being consulted</i> | Le opinioni delle persone che accedono ai servizi sono considerate, ma la decisione è assunta dai professionisti. |
| Essere informati <i>Being told</i> | La decisione viene presa dai professionisti, le persone che accedono ai servizi sono informate. |

Tab. 1: Livelli di partecipazione nei servizi alla persona
(rielaborazione da O'Sullivan, 2011, pp. 46-50)

La schematizzazione proposta dalle scale di partecipazione ricorda come nei servizi ci sia molto lavoro da fare per giungere all'attuazione di un modello che realmente tenda all'emancipazione delle persone che accedono ai

servizi, e che non proponga la partecipazione come uno slogan dietro al quale non sono riconoscibili pratiche reali di coinvolgimento. Una delle difficoltà più grandi esperite dai professionisti sembra essere il “non sapere come fare”. Woodcock (2003) nel suo studio esplorativo ha rilevato come gli operatori usino modelli di intervento disegnati più sulla base della loro esperienza di vita, piuttosto che sulle teorie, tendendo di più a esortare i genitori a cambiare, piuttosto che dare loro gli strumenti per farlo. Il presente testo è dunque dedicato a tale intento: attraverso lo studio di caso di una *best practice* verrà presentato un metodo, delle regole procedurali, degli strumenti in grado di segnare la strada di un processo di accompagnamento delle famiglie, perseguendone la partecipazione ai più elevati livelli.

2. La valutazione partecipativa e trasformativa

La *valutazione partecipativa e trasformativa* (VPT, Serbati, Milani, 2013) si propone come un metodo che accompagna la realizzazione dei livelli più alti di partecipazione dei bambini e delle famiglie nel corso degli interventi sociali e educativi. La VPT segue le fasi tipiche del processo di accompagnamento di una famiglia (segnalazione, accoglienza, assessment e progettazione, intervento e monitoraggio, conclusione), che viene rappresentato da un percorso ciclico (figura 1), in cui ogni ciclo corrisponde a una fase del percorso di accompagnamento.

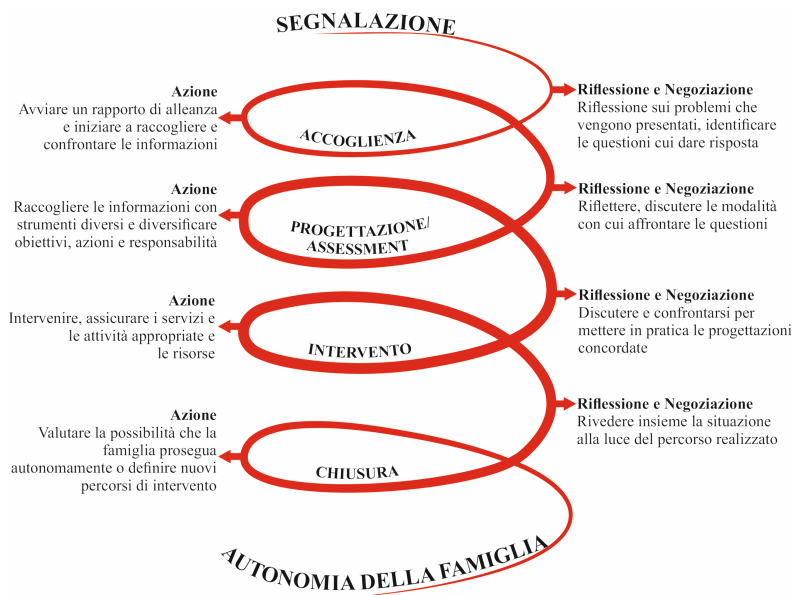


Fig. 1: Il modello della valutazione partecipativa e trasformativa
(VPT, tratta da Serbati, Milani, 2013, p. 108)

I cicli suggeriscono che non esiste un processo lineare di valutazione, progettazione, intervento e monitoraggio: “le fasi non hanno un ordine e una sequenza e includono elementi ricorrenti” (Shaw, 2011, p. 89).

“Affinché ogni ciclo possa trovare la propria piena realizzazione, esso prevede due momenti:

1. *riflessione e negoziazione*: ogni ciclo necessita di momenti di ascolto e riflessione, in cui comprendere la prospettiva di ognuno e negoziare un accordo per poter passare all’azione; si tratta di costruire terra di mezzo fra territori diversi, procedendo per tentativi ed errori;
2. *azione*: è la realizzazione del compito negoziato nel momento precedente, che sempre necessita di *feed-back* e nuove negoziazioni e aggiustamenti per poter procedere e produrre cambiamento” (Serbati, Milani, 2013, p. 109).

Ciascuna fase della VPT per costruire partecipazione realizza un processo simile a un’indagine scientifica in cui strumenti e dati sono usati come mezzi di riflessione e negoziazione per giustificare le scelte e prendere decisioni (Dewey, 1938).

3. Contesto e metodologia dello studio di caso

120

Il caso di studio presentato è tratto dalla seconda implementazione di P.I.P.P.I. (2013-2014) che ha coinvolto 144 famiglie e 198 bambini in nove città italiane (Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Palermo, Reggio Calabria, Torino e Venezia). Esso ha permesso una comprensione approfondita dei risultati finali della ricerca (vedi Milani *et alii*, pp. 25-52), evidenziando i meccanismi e le azioni realmente intraprese dai partecipanti al fine di realizzare le proposte del programma. Una conoscenza approfondita che è utile per generare riflessioni e pensiero tra professionisti e ricercatori su ciò che realmente contribuisce a rendere efficace il lavoro partecipativo con le famiglie. Il caso selezionato per questo articolo è stato scelto perché riflette una *best practice* nell’uso della VPT e del percorso di partecipazione. La metodologia utilizzata è coerente con la *Critical Best Practice* (CBP, Ferguson, 2013) secondo cui (2013: 1012):

ciò che costituisce una *best practice* non è dato dall’esterno, da norme e da un più ampio sistema di regole e regolamenti, ma è dato considerando i punti di vista dei partecipanti – beneficiari del servizio, responsabili, operatori – nel determinare come la *best practice* è stata costruita e come gli è stato attribuito tale significato.

Un passaggio chiave per lo studio di caso è stato quindi raccogliere le diverse narrazioni e, a partire da esse, costruire una rappresentazione unificante di ciò che ha costituito la *(best) practice*.

Il caso studio riguarda la situazione di una madre sola con tre figli di 9, 7 e 4 anni al momento dell'avvio del programma. Il primo e il terzo figlio sono bambine, il secondo figlio è maschio e ha riconosciuto un ritardo cognitivo evolutivo.

Due strumenti chiave nella realizzazione della VPT in P.I.P.P.I. sono stati presi in considerazione: il modello multidimensionale de “Il Mondo del Bambino” (Milani *et alii*, 2015) e la griglia di micro-progettazione (Serbati, Milani, 2013). Il primo (raffigurato come un Triangolo, Fig. 2) è l’adattamento italiano dell’inglese *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (FACNF-DoH, 2005). L’adattamento italiano è frutto di precedenti esperienze (Serbati *et alii*, 2012) e del confronto con altri programmi internazionali (The Scottish Government, 2008; Chamberland *et alii*, 2012). Come la versione originale, i tre lati del triangolo rappresentano le tre dimensioni dello strumento (*Bisogni di sviluppo del bambino, Competenze dei genitori, Fattori familiari e ambientali*), intorno ai quali sono organizzate 17 sotto-dimensioni.



Fig. 2: Il Modello multidimensionale de “Il Mondo del Bambino”

Il Triangolo viene utilizzato dagli operatori per condurre l’analisi dei bisogni (assessment) raccogliendo la voce di ciascun partecipante e per progettare le attività che verranno svolte e successivamente e per documentare i cambiamenti nel tempo. Se una sotto-dimensione merita di essere oggetto di progettazione, gli operatori utilizzano la griglia di micro-progettazione, dando risposta alle seguenti domande: (a) COSA? I bisogni cui rispondere (b) PERCHÉ? I risultati attesi; (c) COME? Le azioni da intraprendere per realizzare i risultati attesi; (d) CHI? Le responsabilità; (e) QUANDO? Entro

quando ci si aspetta di realizzare i risultati attesi, (f) COME STA ANDANDO? Una domanda da prendere in considerazione durante il periodo di intervento per il monitoraggio, nonché alla fine per la valutazione finale. L'insieme delle griglie completate costituisce il "Progetto di Intervento".

Tutta la documentazione creata tramite l'utilizzo del Triangolo e delle griglie di micro-progettazione è stata sottoposta ad analisi del contenuto, confrontando i triangoli dei partecipanti tra loro e con il "progetto di intervento".

Lo studio di caso è inoltre basato sulle interviste con otto degli attori chiave: due assistenti sociali (area di tutela minori e area disabilità), due educatori domiciliari (area di tutela minori e area disabilità), il direttore degli educatori domiciliari, la psicologa, la fisioterapista e la madre. Le interviste sono state realizzate un anno dopo la conclusione di P.I.P.P.I. La codifica delle trascrizioni ha raccolto temi, concetti e proposizioni degli intervistati riguardo le fasi della VPT, al fine di confrontare i diversi punti di vista e evidenziare gli accordi su ciò che costituisce la *best practice*.

4. Risultati

Lo studio di caso viene presentato seguendo le fasi della VPT.

4.1 Segnalazione

Due anni prima dell'avvio di P.I.P.P.I. la madre fa un primo accesso al servizio sociale. Chiede un aiuto per la sua situazione difficile e spiega:

Insomma, eravamo dentro a un bel tornado [...] È stata dura... Mi ero appena separata dal mio ex, ero rimasta incinta dell'ultima bambina... e la gravidanza che non andava tanto bene. Poi, appunto, è nata la piccolina... Ero proprio nella cacca più assoluta. Ho fatto venire mia madre, perché con tutto quello stress, avevo anche problemi di salute. Avevo trascurato un sacco di cose, chiaramente da sola non ce la facevo. (mamma)

In seguito alla richiesta spontanea della signora, gli operatori condividono la lettura concernente la situazione di difficoltà della signora, sottolineando gli aspetti che riguardano la cura dei figli:

La signora non era molto focalizzata su questi bambini, presentavano aspetti di incuria, le insegnanti lamentavano l'ingresso tardivo la mattina, l'educatrice a casa rilevava che non c'erano dei pasti regolari, si regolava un po' come capitava: la colazione era casuale (director of home-careers).

Gli operatori, dato l'accesso spontaneo della mamma, si aspettavano da subito una collaborazione fattiva della signora, che in realtà manca. Questo porta gli operatori a un irrigidimento, all'utilizzo di modalità ricattatorie, ventilando la possibilità di un allontanamento. Racconta l'assistente sociale in riportando le parole usate in quel periodo: "signora se fa così ci costringe a segnalare". Di conseguenza, la relazione con la mamma diventa difficile:

Appena conosciuto loro (gli operatori dei servizi sociali), mi hanno detto: “e dai Elena o reagisci, oppure mettiamo di mezzo il giudice per la tutela dei minori”. E qui io non ci ho visto più. E stress su stress veniva fuori tutta la rabbia che c’è dentro di me. Perciò, ho battuto i pugni i figli non me li togliete, assolutamente. [...] Mi sentivo tradita da loro. Ero arrivata io a chiedere aiuto. E invece di sentirmi aiutata mi sono sentita tradita. (mamma)

4.2 Accoglienza

La proposta del progetto P.I.P.P.I. arriva in un momento in cui c’è bisogno di cambiare la rotta. Tutta l’equipe degli operatori ha partecipato a tre giornate di formazione condotte dal Gruppo Scientifico responsabile del progetto. Essi sono dunque consapevoli del fatto che il progetto richiede di seguire le richieste del percorso della VPT, che richiede la piena partecipazione di tutte le persone coinvolte, soprattutto della signora. Già dalle parole con cui l’assistente sociale racconta il momento della presentazione del progetto alla signora è possibile intuire un cambiamento: il tono ricattatorio presente in precedenza viene superato e il modo in cui si introduce la richiesta di partecipazione a P.I.P.P.I. dà l’idea di qualcosa da costruire insieme.

Le abbiamo detto: “Signora abbiamo pensato a questo progetto come una modalità per poterla aiutare, facendo sì che tutto possa proprio rimanere in modo spontaneo”. Abbiamo detto: “Abbiamo bisogno di lei per farlo, che lei si coinvolga” (assistente sociale)

4.3 Assessment Progettazione

I professionisti, nel decidere come affrontare la richiesta di condurre percorsi di riflessione e negoziazione partecipata con la mamma, decidono di utilizzare il Triangolo dapprima con i bambini, poi con la mamma e infine da parte degli operatori stessi. Il Triangolo viene utilizzato per esplorare i punti di vista di tutti, garantendo a ciascuno il proprio spazio. I Triangoli dei bambini vengono compilati in compagnia degli educatori. Dalla Fig. 3 è possibile notare come a ciascun bambino sia stata data la possibilità di esprimersi, di raccontare ciò che vedeva, ciò che sentiva e desiderava, ciò di cui aveva bisogno.

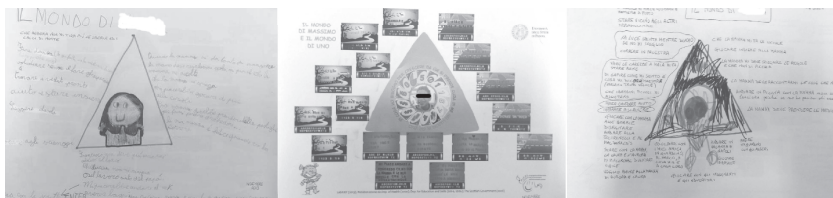


Fig. 3: Il ‘Mondo del Bambini’ completato dai bambini

I tre Triangoli vengono letti e discussi dalla mamma insieme all'assistente sociale, e la discussione porta qualcosa di nuovo nella relazione, come riconosciuto dall'assistente sociale:

È stato molto bello mettere insieme, vedere lo stupore della mamma di vedere quello che scriveva la piccolina nel dire che la mamma aveva il raffreddore, che spesso piangeva per il raffreddore. In realtà la mamma piangeva perché non aveva la casa [ma raccontava alla piccola che piangeva per il raffreddore]. La mamma così ha capito che la bambina percepiva il suo malessere. [...] E la signora ha riconosciuto questa cosa dicendo che è importante che bambini sappiano che stava bene, che lavorava, che era tranquilla (assistente sociale).

La mamma racconta come l'aver letto i Triangoli dei propri figli l'abbia aiutata a cambiare il proprio sguardo e a focalizzare le proprie azioni su ciò che i bambini chiedevano:

[Ai bambini] è piaciuto molto [il lavoro con i triangoli]. Gli piaceva rispondere alle domande dell'educatrice. Sono curiosi. Mi hanno aiutata a concentrarmi su delle cose, sulla quotidianità, che prima ero più concentrata su rabbia, altre cose. Ho potuto vedere quello che loro vedevano. Quest'anno, l'anno scorso li ho portati in vacanza che loro dicevano che era tanto che non andavano in vacanza. L'anno scorso li ho portati parecchio in giro, si sono divertiti. Da due anni che non facevano vacanza. L'anno scorso li ho portati, hanno visto posti, si sono divertiti. (mamma)

Questo cambiamento della mamma, viene confermato anche dall'educatrice:

Quello che è stato possibile per la mamma capire che ogni bambino ha bisogno del proprio spazio del proprio tempo, perché lei faceva fatica (educatrice).

Il percorso della VPT inizia quindi a mettere in circolo informazioni, che diventano comuni e che cambiano gli sguardi reciproci: gli operatori, con stupore, iniziano a vedere le competenze della signora.

Dopo, noi operatori abbiamo confrontato il triangolo della mamma con quello dei bambini. E per noi è stata una grande sorpresa, perché dal triangolo abbiamo visto una mamma molto competente, cioè in realtà anche la mamma ci ha fatto notare delle cose molto simili a quelle dei bambini. Per esempio, i bambini volevano che si spegnesse la luce a un certo orario, che la mamma preparasse loro i vestiti. E la mamma aveva in mente cose simili, tipo preparare lo zaino per esempio. Tutte cose che fanno riferimento alla cura (assistente sociale).

In seguito ad avere svolto i Triangoli con i bambini e con la mamma, l'équipe dei professionisti costruisce i propri Triangoli (uno per bambino)

che utilizza per mettersi in confronto con quanto riportato da mamma e bambini.

Mi ricordo che era come un integrarsi vicendevolmente. (...). Ed è stato interessante vedere l'integrarsi tutti questi pezzettini. Per esempio la fisioterapista diceva come fare gli esercizi, io li provavo casa insieme alla mamma e verificavo con la mamma se aveva capito bene. Come un flusso continuo. È stato proprio un intersecare tutti punti di vista. Fare il triangolo insieme e avere degli strumenti così specifici come quelli offerti da P.I.P.P.I. ha aiutato a costruire questo sguardo interdisciplinare. A porsi degli obiettivi concreti (educatrice).

Questo lavoro di comunicazione, di riflessione, di confronto porta a una prima definizione di alcune proposte progettuali a partire dalle voci dei bambini e della mamma. Facciamo un esempio in riferimento a due azioni progettuali. In Tab. 3 è possibile ritrovare i temi che sono stati riportati dai diversi attori (bambina, mamma, operatori) durante la compilazione dei Triangoli in riferimento al lato *Bisogni del bambino* per la figlia maggiore (N.). È possibile notare come temi diversi siano ricorrenti per attori diversi.

| | N. | Mamma | Operatori |
|----------|---|---|--|
| Sommario | Fare danza, trovare i vestiti pronti, ricevere aiuto e stare insieme con gli altri, imparare a leggere da sola, giocare a shanghai. | Andare dal dentista, di riposare bene, di tirar fuori le emozioni verso il padre, di essere gratificata, di stare a contatto con gli altri, di avere più compagni | Dormire bene, di studiare, di leggere da sola ed essere aiutata a farlo, di fare danza, di imparare qualche gioco di società che la aiuti a socializzare |
| Temi | Ricevere aiuto (studio scolastico) Leggere da sola Danza Giocare/ Stare con gli altri | Dormire bene Ricevere aiuto (emozioni) Stare con gli altri | Dormire bene Ricevere aiuto (studio scolastico) Leggere da sola Danza Giocare/ Stare con gli altri |

Tab. 3: Esempi di temi emersi con l'utilizzo della VPT

Gli operatori hanno deciso di non coinvolgere la madre e i bambini nel completamento delle griglie di micro-progettazione. Secondo il loro parere, la realizzazione dei Triangoli ha richiesto tanto impegno alla mamma e ai bambini e sarebbe stato eccessivo pensare ad un loro ulteriore coinvolgimento. Così, nella micro-progettazione, i punti di vista della famiglia sono stati considerati dagli operatori secondo quanto riportato nei triangoli. In riferi-

mento ai *Bisogni di sviluppo* della figlia maggiore, due dei temi comuni sono stati scelti dai professionisti, e collegati a due sotto-dimensioni del triangolo, ovvero *Apprendimento* e *Gioco e tempo libero* (Tabb. 4 e 5). È possibile notare l'utilizzo di un linguaggio semplice e concreto.

| <i>Learning</i> | |
|-------------------------|--|
| Bisogno | Il bambino arriva tardi a scuola e sembra così stanco da non partecipare alle attività scolastiche |
| Risultato atteso | Il bambino va a dormire in orario e la madre prepara tutto ciò di cui ha bisogno per andare a scuola la sera prima. |
| Azioni e responsabilità | Con l'aiuto economico dei vicini, la madre compra un letto per ogni bambino; Alle 21:30 la madre mette a letto i bambini e la luce rimane spenta fino al mattino; Durante la serata la madre, con i bambini, prepara i vestiti e la borsa della scuola per la mattina; Alle 7:50 i bambini lasciano la casa con la madre per andare a scuola. |
| Tempo | 3 mesi |

Tab. 4: Esempio di griglia per la micro-progettazione

126

| <i>Gioco e tempo libero</i> | |
|-----------------------------|--|
| Bisogno | Il bambino non è coinvolto in attività per divertirsi. |
| Risultato atteso | Occupare il tempo libero con sport e giochi semplici per divertirsi |
| Azioni e responsabilità | La madre, accompagnata dall'educatore, svolge le seguenti attività: gioca con Shanghai e con altri giochi da tavolo, cucina insieme a Nicol. La madre, con l'aiuto dell'educatore, invita gli amici della bambina a casa. |
| Tempo | 3 mesi |

Tab. 5: Esempio di griglia per la micro-progettazione

Complessivamente, delle 30 griglie di micro-progettazione completate durante i 18 mesi di P.I.P.P.I., undici sono riferite al T0, sette al T1 e dodici al T2. Le griglie sono equamente distribuite tra i tre bambini (nove per il primo figlio, dodici per il secondo e sette per il terzo). L'attenzione leggermente più alta per il secondo figlio è dovuta alla sua disabilità. Inoltre, ci sono cinque griglie di micro-progettazione dedicate a risultati attesi comuni per i tre bambini, che si riferiscono a *lavoro e condizione economica e abitazione*. È

riconoscibile una distribuzione uniforme anche tra i tre lati del Triangolo: quattordici per i *bisogni di sviluppo del bambino*, tredici per le *competenze genitoriali* e sei per i *fattori familiari e ambientali*. Quest'ultimo coinvolge anche le cinque griglie comuni ai tre bambini. Le sotto-dimensioni scelte per le griglie di micro-progettazione sono diverse per ciascun bambino, ad eccezione di *Gioco e tempo libero*, che ricorre per il primo e il secondo figlio e *Cura di base*, che è comune alla prima e alla terza figlia.

Le responsabilità attribuite alle azioni progettate vedono una presenza ricorrente della madre, del bambino e dell'educatore domiciliare, in particolare per i *bisogni di sviluppo del bambino* e per le *competenze genitoriali* (su ventisette griglie, ventisette responsabilità sono per la madre, ventidue per il bambino e ventidue per l'educatore domiciliare). Le responsabilità attribuite alla triade madre/figlio/educatore riflettono l'importante lavoro che ha riguardato la relazione genitore-figli, riconoscibile anche dall'analisi dei temi emersi. In tre casi sono state coinvolte le responsabilità di altri attori informali (la famiglia del compagno di scuola e i vicini) e in altri tre casi sono stati coinvolti altri professionisti (fisioterapista e psicologo). Un'eccezione è la sotto-dimensione *auto-realizzazione dei genitori*, in cui solo la madre è coinvolta con l'aiuto dell'assistente sociale, dell'educatore e del facilitatore del gruppo dei genitori.

Considerazioni piuttosto diverse sono possibili per le griglie di micro-progettazione completate per i *fattori familiari e ambientali*: sei volte su sei si riferiscono a questioni che riguardano solo la madre, alle prese con problemi di alloggio, lavoro e rapporti con la scuola. La madre qui è sempre accompagnata dall'educatore domiciliare e quattro volte dall'assistente sociale.

4.4 Intervento e Monitoraggio

Il lavoro svolto per la fase di 'assessment e progettazione' è stato utilizzato come una mappa da parte di tutti gli attori coinvolti durante i periodi di intervento (tra T0 e T1, tra T1 e T2, dopo T2). La madre non era a conoscenza dell'esistenza della mappa, ma essa è stata usata dagli operatori per costruire il piano di azioni insieme a lei e con i bambini.

Nella quotidianità [la mappa delle micro-progettazioni] ha aiutato la mamma, visti gli obiettivi, a capire nel concreto come potevamo fare. E proponendole delle attività. Faccio un esempio concreto. La mamma faceva fatica a stare con i bambini tutti insieme. Anche il creare degli spazi come può essere preparare la crema con la Nutella oppure preparare le olive ascolane che abbiamo fatto proprio noi. Abbiamo fatto delle attività pratiche concrete che coinvolgevano i bambini e anche la mamma nello stare tutti insieme. [...] nel tempo quello che ho visto è che la mamma aveva più desiderio di stare con i bambini e organizzare altre cose. Queste attività sono state decise a partire dai triangoli: tutti e tre i bambini dicevano di voler fare delle cose con la mamma e quello che ho valutato è stato di proporre delle attività concrete (educatrice).

Dopo che le azioni sono state implementate, i professionisti hanno valutato il raggiungimento dei risultati attesi inseriti nelle griglie (raggiunto, non raggiunto, parzialmente raggiunto). Poche micro-proiezioni sono classificate come “raggiunte” (3 a T0, 1 a T1 e 2 a T2). Anche la classificazione “non raggiunto” non è frequente (3 a T0, 2 a T1 e 0 a T2). D'altra parte, c'è un aumento nel tempo di risultati “parzialmente raggiunti” (5 a T0, 4 a T1 e 10 a T2). Nel complesso, la tendenza sembra suggerire un piccolo miglioramento. Ogni griglia di micro-proiezione completata è accompagnata da un testo che spiega le motivazioni che hanno consentito o ostacolato il raggiungimento dei risultati. Analizzando queste motivazioni è possibile osservare che le sei griglie con gli “obiettivi raggiunti” sono caratterizzate da azioni che coinvolgono il rapporto tra madre-bambino-operatori. Riguardano azioni come “giocare con la mamma”, “pagare la piscina” o “mostrare al bambino come fare la doccia”. Solo due volte l'azione coinvolge altre persone come gli insegnanti. Questi non erano stati in precedenza coinvolti nel lavoro di assessment e progettazione, ma erano tuttavia presenti durante l'azione. I diciannove risultati “parzialmente raggiunti” sono spesso (dodici volte) legati a richieste elevate, che richiedono più tempo per essere realizzate. In un caso, la parzialità nel raggiungimento del risultato risulta legata alla necessità di realizzare azioni che coinvolgono non solo i bambini, la madre o i professionisti ma anche le risorse informali (la famiglia dei compagni di scuola), e non è stato possibile dare seguito a questa intenzione. In sei casi il risultato “parzialmente raggiunto” era dovuto a difficoltà esterne che la famiglia doveva affrontare, come l'ospedalizzazione del figlio a T0 o lo sfratto abitativo a T1. Queste difficoltà esterne mettono molto sotto stress le competenze della madre, ostacolando il raggiungimento dei risultati pianificati. Queste stesse difficoltà con l'aggiunta della disoccupazione della madre sono all'origine anche dei risultati “non raggiunti”. In particolare, lo sfratto abitativo è descritto dai professionisti e dalla madre come un momento difficile: la madre e i bambini trovano sistemazione in un alloggio temporaneo presso un condominio solidale, dove la famiglia ha vissuto in una unica stanza con la cucina condivisa con gli altri residenti. Doveva essere una soluzione di emergenza, solo per due mesi, ma è stata prolungata per due anni a causa della mancanza di alloggi pubblici. Questa situazione “ha portato tutto più indietro”, ha commentato l'educatore domiciliare. L'evento inaspettato ha ostacolato il raggiungimento completo dei risultati attesi e questo spiega l'aumento di risultati “parzialmente raggiunti”. Eppure, questa situazione non ha impedito il proseguimento dell'acquisizione di autonomie: il processo avviato con la madre per aiutarla a trovare le strategie per garantire ai propri figli di crescere bene è proseguito nonostante le difficoltà:

P.I.P.P.I. e i suoi strumenti ha dato delle basi per creare delle competenze per la mamma [...] Adesso adesso si gestisce da sola anche per organizzare i pulmini della scuola una volta bisognava starle dietro sollecitarla questa volta quest'anno ha fatto tutto da sola (Educatore domiciliare)

4.5 Conclusione: verso l'autonomia

Il processo di accompagnamento con questa madre e i suoi tre figli è proseguito dopo la conclusione di P.I.P.P.I. in forma leggera, da parte solo dell'assistente sociale. Gli operatori affermano che P.I.P.P.I. con il metodo della VPT ha permesso alla madre di diventare più autonoma e ora può procedere usando le sue risorse. Nel momento in cui le interviste sono state svolte, la famiglia si stava finalmente trasferendo nel nuovo alloggio di residenza pubblica. Come descritto dall'assistente sociale, la madre è stata in grado di affrontare da sola le questioni riguardanti la nuova casa:

La mamma ora ha in testa i figli in modo singolo e non in generale a bambini che hanno tre individualità diverse che hanno bisogno di lei in tre modi diversi. Questo è stato l'obiettivo educativo più importante con lei. Anche adesso che si è trovata a dover decidere come dividere le stanze lo ha fatto pensando ai bisogni dei bambini (assistente sociale).

5. Discussione e conclusioni

Sintetizzando i risultati ottenuti al termine del percorso realizzato dagli operatori con questa mamma e i suoi tre bambini, si evidenzia un piccolo miglioramento complessivo, testimoniato dai risultati delle griglie di micro-progettazione, anche se permangono nel tempo diversi risultati non raggiunti o raggiunti parzialmente. Il parziale raggiungimento dei risultati sembra essere legato alla presenza di fattori esterni che hanno impedito la realizzazione dei risultati attesi. In particolare, gli intervistati riconoscono come elementi ostacolanti la disoccupazione della mamma e lo sfratto abitativo sopraggiunto nel corso del progetto. Questi due elementi non hanno trovato risposta durante il percorso sperimentale. Eppure, la traccia lasciata dalle progettazioni testimonia come questa famiglia sia riuscita a far fronte alle condizioni difficili assicurando la cura dei bambini e il soddisfacimento dei bisogni di crescita (Barudy, 2005). L'esito positivo del percorso è ancora più evidente se si considera che, nel momento della realizzazione delle interviste, avvenute a distanza di circa un anno dalla conclusione del progetto, è riconoscibile da parte di tutti gli attori coinvolti una piena soddisfazione rispetto al successo ottenuto, che va anche oltre i risultati buoni ma parziali registrati tramite le micro-progettazioni. Nel leggere lo studio di caso ciò che sembra aver reso possibile mantenere il ben-trattamento dei bambini è il fatto di essere riusciti a mettere in campo delle azioni che hanno portato il lavoro con questa mamma a elevati livelli di partecipazione.

Se si considera la fase della *segnalazione*, in quel periodo gli operatori avevano attivato con la madre il livello *dell'essere consultata*: è verosimile pensare che questa mamma fosse ascoltata, ma in ogni caso non partecipasse alla presa di decisioni. Il cambio di marcia sembra essere avvenuto quando gli operatori si sono trovati a presentare il progetto P.I.P.P.I. Durante la fase di *accoglienza*

e di *assessment e progettazione*, la mamma diventa *partner* dell'intervento e gli accordi vengono raggiunti attraverso il confronto e il dialogo seguendo le indicazioni della VPT nell'utilizzo degli strumenti e in particolare del Triangolo. Alcuni limiti sono però riconoscibili. La mamma non è direttamente coinvolta nella fase di progettazione e questo porta con sé il rischio di rimanere al livello dell'essere consultati. E, in effetti, la narrazione della signora riguardo al completamento dei Triangoli conferma come lei non fosse a conoscenza di un utilizzo successivo degli stessi. Tuttavia, il fatto che le micro-progettazioni siano state continuamente ridiscusse con gli educatori domiciliari fa supporre che un elevato livello di partecipazione sia stato continuamente ricercato. In ogni caso, tutti i partecipanti considerano il percorso una *best practice* eccezionale per i processi di partecipazione della famiglia messi in atto. L'analisi dello studio di caso dà la possibilità di analizzare le diverse componenti di un processo che ha reso possibile tale risultato. Un primo livello di analisi riguarda le *componenti tecniche*, in riferimento alla buona rispondenza riconoscibile tra le azioni realizzate e le richieste formali della VPT e del progetto P.I.P.P.I. Infatti, seguendo le richieste della VPT e attraverso l'utilizzo del Triangolo sono state ascoltate tutte le voci dei partecipanti e attraverso l'utilizzo delle griglie di micro-progettazione queste voci hanno trovato spazio per integrarsi e diventare azione nella realizzazione del piano di intervento. Nell'approfondire le modalità con cui sono stati utilizzati gli strumenti si è potuto osservare come il Triangolo sia stato utilizzato in modo appropriato, approfondendo tutti i tre lati, con un buon bilanciamento tra i tre bambini e nei tre tempi della ricerca. Gli strumenti e in particolare il Triangolo sono stati utilizzati in maniera creativa dai professionisti, abbinandoli anche ad altri strumenti come le carte da gioco. È importante notare come questa creatività sia stata ben costruita all'interno di un percorso partecipato e definito fin dall'inizio da parte di tutti gli attori in gioco.

Oltre al soddisfacimento delle componenti tecniche, nello studio di caso sono riconoscibili altre componenti che sono state centrali per spiegare l'esito positivo dell'intervento. Il percorso partecipativo ha permesso alla madre, ma anche agli operatori, di cambiare il proprio sguardo gli uni verso gli altri, realizzando in tal modo *componenti* che potrebbero essere definite *interne* poiché collegate ai cambiamenti nel modo di pensare dei partecipanti. In riferimento alla mamma, lo studio di caso ha permesso di fare emergere come le sue competenze nel rispondere ai bisogni dei bambini fossero presenti già dal momento del primo utilizzo degli strumenti. Erano presenti nella sua testa, ma non erano concretamente messe in campo. Nel corso del progetto è dunque avvenuto un cambiamento per questa signora, dal suo interno, che le ha permesso di vedere se stessa e la situazione dei suoi bambini in maniera diversa e quindi di agire in maniera nuova. Allo stesso modo è cambiato anche il suo sguardo nei confronti degli operatori, che da antagonisti sono diventati partner. In maniera simile, è avvenuto un cambiamento anche da parte dei professionisti che prima vedevano una mamma non competente, incapace di rispondere ai bisogni dei suoi bambini. Con il percorso sperimentale anche i professionisti hanno assunto un nuovo sguardo nei confronti delle compe-

tenze della mamma. Il cambiamento di sguardo è avvenuto anche tra gli operatori stessi: al riconoscimento formale dei ruoli e dell'importanza gli uni degli altri, è seguita una ricerca di integrazione fra le diverse competenze a favore dei medesimi obiettivi, che ha portato anche a una maggiore soddisfazione nelle relazioni professionali.

Le componenti interne hanno quindi cambiato gli sguardi dei partecipanti gli uni verso gli altri e hanno permesso loro di promuovere nuove "azioni". Le sole componenti tecniche, con l'osservanza delle "regole" specificate da P.I.P.P.I. e dalla VPT, non sarebbero state sufficienti, poiché definite solo esternamente (Habermas, 1981; Kemmis, 2001). È stato necessario costruire la legittimità interna delle ragioni che hanno spiegato e guidato l'azione dei partecipanti (Geertz, 1997; Soulet, 2014). Nello studio di caso, i professionisti e la madre hanno costruito le proprie "ragioni per agire in un modo piuttosto che in un altro", e sono stati "in grado di valutare tali ragioni, di modificarle o abbandonarle e sostituirle con altre" (MacIntyre, 1999, p. 12). La realizzazione delle componenti interne e tecniche non è avvenuta nel vuoto e nemmeno in isolamento. La partecipazione ha richiesto non solo la tecnica, gestita dalle singole persone, ma anche il pensiero e il ragionamento di tutte le persone coinvolte (Bernstein, 1983). Nello studio di caso sono state dunque coinvolte anche componenti comunicative: è il confronto nel gruppo, in Equipe Multidisciplinare e con la mamma che ha permesso di modificare internamente i punti di vista dei partecipanti. Le proposte di negoziazione e riflessione svolte da P.I.P.P.I. e dalla VPT (componenti tecniche) sono state efficaci non perché intese in maniera rigida, e riprodotte sulla base di protocolli di azioni. L'efficacia è derivata dal fatto che le componenti tecniche sono state ripensate e assunte all'interno di un processo comunicativo collettivo che ha permesso di stabilire "la base per un coordinamento unanime dei progetti di azione perseguiti di volta in volta in modo individuale" (Habermas, 1981, p. 406). È solo all'interno di tale coordinamento unanime che i cambiamenti interni degli sguardi sono stati realizzati accedendo ai livelli più alti di partecipazione.

Non appare sufficiente seguire le soluzioni tecniche e le proposte formulate dalla ricerca scientifica per realizzare una *best practice* nel lavoro sociale e educativo. La partecipazione è una questione chiave ma non può essere semplicemente applicata. Le proposte tecniche sono importanti, ma il lavoro sociale e educativo non è un processo standard da gestire direttamente attraverso mezzi procedurali. L'approfondimento dei diversi punti di vista su ciò che ha costruito la *best practice* ha evidenziato come il lavoro sociale e educativo sia stato meglio gestito attraverso il confronto, la messa in gioco delle competenze, il dialogo, attraverso la cultura in altre parole. La *Critical Best Practice* di H. Ferguson e i metodi qualitativi in generale sembrano strumenti utili per analizzare e discutere le diverse componenti che hanno reso efficace l'intervento. Tuttavia, sono necessari nuovi studi qualitativi per capire se le categorie rappresentate dalle componenti tecniche/interne/comunicative potrebbero essere davvero utili per sostenere la spiegazione degli interventi efficaci.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento va alla mamma e a tutti gli operatori che hanno preso parte a questa ricerca, rendendosi disponibili per le interviste.

Nota bibliografica

- Arnkil T.E., Seikkula J. (2015). Developing Dialogicity in Relational Practices: Reflecting on Experiences from Open Dialogues. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36, pp. 142-154.
- Barudy J., Marquebreucq A.P. (2005). *Les enfants des mères résilientes*. Paris: Solal.
- Bertotti T. (2012). *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*. Roma: Carocci.
- Chamberland C. et alii (2012). *Recherche évaluative de l'initiatives AIDES*. Université de Montréal.
- Dale P. (2004). "Like a Fish in a Bowl": Parents' Perceptions of Child Protection Services. *Child Abuse Review Child Abuse Review*, 13, pp. 137-157.
- Dallanegra P., Fava E. (2012). *Alleanza di lavoro tra utenti e operatori. Dalla valutazione di processo a un metodo di trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Dewey J. (1938). *Logic: The Theory of Inquiry*. New York: Henry Holt and Company (trad. it. *Logica: Teoria dell'indagine*, Einaudi, Torino, 1974).
- Department of Health (2005). *Assessing children and their families: practice guidance*. London: TSO.
- Dumbrill G.C (2006). Parental experience of child protection intervention: A qualitative study. *Child Abuse and Neglect*, 3, pp. 27-37.
- Ferguson H. (2003). Outline of a Critical Best Practice Perspective on Social Work and Social Care. *British Journal of Social Work*, 33, pp. 1005-1024.
- Folgheraiter F. (2018). *Manifesto del Metodo Relational Social Work*. Trento: Erickson.
- Gallagher M. et alii (2012). Children and families' involvement in social work decision making. *Children and Society*, 26, 1, pp. 74-85.
- Geertz C. (1997). *Local Knowledge*. New York: Basic Books.
- Habermas J. (1981). *Teorie des kommunikativenhandelns*. Frankfurt am Main (trad. it. *Teoria dell'agire comunicativo*, Il Mulino, Bologna, 1986).
- Healy K., Darlington Y. (2009). Service user participation in diverse child protection contexts: principles for practice. *Child and Family Social Work*, 14, pp. 420-430.
- Holland S. (1999). Discourses of decision making in child protection: conducting comprehensive assessments in Britain. *International Social Welfare*, 8, pp. 277-287.
- Kanizsa S., Tramma S. (2011). *Introduzione alla pedagogia e al lavoro educativo*. Roma: Carocci.
- Kapp S.A., Propp J. (2002). Client satisfaction methods: Input from parents with children in foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19, pp. 227-245.
- Kemmis S. (2001). Exploring the Relevance of Critical Theory for Action Research: Emancipatory Action Research in the Footsteps of Jurgen Habermas. In P. Reason, H. Bradbury (Eds.), *The Handbook of Action Research* (pp. 91-102). London: Sage.
- MacIntyre A. (1999). *Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues*. Chicago: Open Court (trad. it. *Animali razionali dipendenti: perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Vita e Pensiero, Milano, 2001).

- Melazzini C. (2011). *Insegnare al principe di Danimarca*. Palermo: Sellerio.
- Milani P. (2018). *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Roma: Carocci.
- Milani P. et alii (2015). *Il Quaderno di P.I.P.P.I. Teorie, metodi, strumenti per l'implementazione del programma di intervento per Prevenire l'Istituzionalizzazione*. Padova: BeccoGiallo.
- O' Sullivan T. (2011). *Decision making in social work*. New York: Palgrave Macmillan.
- Raineri M.L. (2004). *Il metodo di rete in pratica. Studi di caso nel servizio sociale*. Trento: Erickson.
- Roose R., et alii (2013). From parental engagement to the engagement of social work services: Discussing reductionist and democratic forms of partnership with families. *Child and Family Social Work*, 18, pp. 449-457.
- Serbati S., Gioga G. (2017). Building a successful care path in residential care: findings from qualitative research with young people who have left residential care and their professionals. *Child Care in Practice*, 23(1), pp. 34-48.
- Serbati S., Milani P. (2013). *La tutela dei bambini*. Roma: Carocci.
- Serbati S., Gioga G., Milani P. (2012). Évaluer pour mieux intervenir. Évaluer les résultats et les processus pour améliorer les pratiques d'intervention auprès des familles négligentes. *Revue Internationale Enfances, Familles, Générations*, 16, pp. 74-94.
- Shaw I. (2011). *Evaluating in Practice*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Sità C. (2005). *Il sostegno alla genitorialità. Analisi dei modelli di intervento e prospettive educative*. Brescia: La Scuola
- Soulet P.M. (2014). Analyse qualité ou pratique qualité? Quand la qualité devient un enjeu de définition du travail social? *Actualités sociales*, 51, pp. 1-4.
- The Scottish Government (2008). *Getting it Right for Every Child*. Edinburgh.
- Van Bijleveld G.G., Dedding C.W.M., Bunders-Aelen J.F.G. (2015). Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: a state-of-the-art review. *Child and Family Social Work*, 20, pp. 129-138.
- Woodcock J. (2003). The social work assessment of parenting: an exploration. *British Journal of Social Work*, 33, pp. 86-106.

SE