

# Famiglie e famiglie "multiproblematiche"

## Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità





# Famiglie e famiglie “multiproblematiche”

Orientamenti metodologici  
e linee operative  
per affrontare la complessità

## **Il presente documento è a cura di**

---

- Barbara Boccafogli** psicologa psicoterapeuta - SerT Pianura ovest, Azienda USL di Bologna
- Clede Maria Garavini** psicologa psicoterapeuta - già direttore UOC Salute donna, infanzia e adolescenza, Azienda USL di Bologna
- Tiziana Giusberti** psicologa psicoterapeuta - responsabile Progetto Adozione-Affido Dipartimento Cure primarie, Azienda USL di Bologna
- Stefania Ricci Maccarini** psicologa psicoterapeuta, Dipartimento Salute mentale, Azienda USL di Bologna, responsabile Centro di consulenza e terapia della famiglia, Azienda USL di Bologna - Distretto Pianura Ovest ed Est
- Franca Olivetti Manoukian** Psicosociologa, Studio APS di Milano

## **Si ringraziano per il prezioso contributo**

---

- Maria Augusta Nicoli** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
- Brunella Buttieri** psicologa specializzanda
- Agnese Cheli** responsabile Centro specialistico Il faro
- Silvia Bruno** psicologa psicoterapeuta, Bologna
- Maria Elena Montenegro** psicologa psicoterapeuta  
Dipartimento Cure primarie, Azienda USL di Bologna
- Cosimo Ricciutello** neuropsichiatra infantile  
direttore NPPIA, Azienda USL di Imola

### **In copertina**

disegni di alcuni bambini del Progetto A.A.A. Adozione, affido, accoglienza - Azienda USL di Bologna e Azienda speciale consortile InSieme, per gentile concessione dei genitori

**La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna**  
**responsabile** Corrado Ruozzi

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, aprile 2015

### **Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna  
e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

### **oppure può essere scaricata dal sito Internet**

<http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss251>

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Premessa</b>	<b>5</b>
<b>Sommario</b>	<b>9</b>
<i>Abstract</i>	10
<b>Introduzione</b>	<b>11</b>
Famiglie e Servizi in Emilia-Romagna	11
Percorso di formazione	14
Perché questo testo	15
Che cosa contiene questo documento, come è stato costruito e da chi	17
<b>1. Contesto per il lavoro dei Servizi con le famiglie</b>	<b>21</b>
1.1. Complessità delle famiglie	21
1.2. Famiglie e disagio	23
1.3. Mandato dei Servizi	24
<b>2. Le famiglie multiproblematiche</b>	<b>29</b>
2.1. Famiglie multiproblematiche e Servizi	31
2.2. Quali passaggi sono richiesti sul piano professionale e organizzativo?	35
<b>3. Storie di famiglie</b>	<b>39</b>
3.1. La famiglia di Linda	40
3.2. La famiglia di Gianni	43
3.3. La famiglia di Giulia	45
3.4. La famiglia di Gamal	48
3.5. La famiglia di Mara e Fabio	51
3.6. La famiglia di Marco	53
<b>4. Lavorare con le famiglie</b>	<b>57</b>
4.1. Rappresentare le famiglie attraverso alcuni fattori distintivi	57
4.2. Tipi di famiglie	64
<b>5. Processi di lavoro</b>	<b>69</b>
5.1. Processi di lavoro con le famiglie e in particolare con le famiglie multiproblematiche	69

*(continua)*

<b>6. E per finire... i progetti</b>	<b>81</b>
6.1. Programma Salute, donna, infanzia e adolescenza	82
6.2. Centro di consulenza e terapia familiare dell'Azienda USL di Bologna - Distretto Pianura est e Distretto Pianura ovest	84
6.3. A.A.A. Adozione, affido, accoglienza: percorsi di accompagnamento alla crescita rivolti alle famiglie adoptive, affidatarie e accoglienti	86
6.4. Proposta di formazione integrata rivolta agli operatori dell'Azienda USL di Bologna - Distretto di Casalecchio di Reno e dell'Azienda sociale consortile InSieme	87
6.5. Centro specialistico "Il faro"	88
6.6. Laboratorio di narrazione per mamme e papà	90
<b>Bibliografia</b>	<b>91</b>

# Premessa<sup>1</sup>

Questo contributo si inserisce all'interno del Programma Salute donna, infanzia e adolescenza<sup>2</sup> che l'Azienda USL di Bologna aveva istituito per affrontare in modo trasversale e multidisciplinare aspetti difficilmente riconducibili alle usuali definizioni clinico-diagnostiche.

Inoltre la collaborazione avviata con l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha consentito di inserire nel percorso di lavoro aziendale alcune verifiche in cui si applicava il principio di equità e la sua traduzione operativa. In particolare, l'obiettivo generale era quello di incrementare le competenze dell'organizzazione sanitaria (nello specifico degli operatori che lavorano all'interno del citato Programma) nella lettura, riconoscimento e gestione delle differenze, per sviluppare strategie di contrasto alle iniquità.

Nel momento della partenza del Progetto erano già attivi diversi gruppi di lavoro tematici: gravidanza fisiologica, gravidanza problematica, neonato multiproblematico, famiglia multiproblematica, contraccezione, infertilità, malattia emolitica, menopausa, depressione *post-partum*, uroginecologia, allattamento al seno, bambino cronico, medicine non convenzionali e disagio in adolescenza.

Si è così deciso di non attivare un ulteriore gruppo sulle iniquità, ma di identificare per ciascun gruppo già attivato un operatore che potesse far parte delle reti di coordinamento per la promozione delle politiche e delle strategie aziendali per l'equità di accesso. È stato quindi costituito un gruppo di circa 25 professionisti (composto da medici, infermieri, ostetriche, ginecologi, assistenti sociali, ...) a cui è stato proposto di condividere un percorso di formazione-azione.

L'ipotesi che ha guidato la riflessione è che i meccanismi generatori delle iniquità nei percorsi assistenziali siano il risultato di una "non gestione" (non riconoscimento, non rispetto, negazione, ...) delle diversità e delle differenze individuali, in termini di caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, fattori ereditari, condizioni socio-economiche, ...), di capacità individuali (trasformare le risorse in abilità, ...), di caratteristiche psicosociali (valori, vissuti, stereotipi, aspettative, ...). La soluzione organizzativa solitamente adottata dalle organizzazioni per gestire le diversità è la standardizzazione, che per l'utente diventa "il muro" contro cui si scontra la propria specificità.

Per poter individuare buone pratiche, condivise e praticabili, contro le piccole disuguaglianze quotidiane, è fondamentale cominciare a descrivere come le attività di un servizio "impattano" sui suoi utenti, ovvero se, quando e in che modo le differenze di cui gli utenti sono portatori sono riconosciute, rispettate, armonizzate, oppure ignorate e discriminate.

---

<sup>1</sup> A cura di Maria Augusta Nicoli.

<sup>2</sup> Responsabile del Programma: Clede Maria Garavini.

Questo significa:

- analizzare e lavorare sugli "impliciti";
- mettere in luce e discussione i "dati per scontato".

La questione è quindi come garantire equità nel rispetto delle differenze, ovvero capire come il sistema sanitario si può organizzare per riconoscere e includere le differenze, sia quelle molto visibili sia le più inaspettate.

A partire dal lavoro che si è sviluppato con i referenti dei diversi gruppi in cui si articolava il Programma aziendale, sono stati operazionalizzati i concetti di utente "reale" (l'utente che i servizi incontrano) e utente "ideale" (l'utente sul quale si è definita la procedura o il servizio in termini generali). Infatti, secondo l'approccio assunto, l'equità è data dalla misura in cui un'organizzazione gestisce le diversità che quotidianamente affronta e mette in campo strategie e azioni tese ad eguagliare diversità che, se non riconosciute, porterebbero ad accessi impropri e a interventi non appropriati.

Dalle parole degli operatori infatti emerge che:

*Il mio utente ideale ha una casa salubre, una famiglia ... se non ce l'ha io devo sapere chi può risolvergli questo problema (il sociale) altrimenti io rischio se lo dimetto.*

*Il mio utente ideale è una donna con una gravidanza fisiologica, quindi in teoria senza problemi... Poi nella pratica la genitorialità mette in crisi le donne e le coppie e i carichi assistenziali sono più elevati e inaspettati per le giovani italiane di condizione medio-alta (che devono lasciare il lavoro, non hanno più le nonne a supporto, non sono pronte per la fatica, ...) che non per la straniera, che in teoria hanno più problemi (è una questione generazionale).*

L'utente "ideale" è quasi sempre più "semplice" di quello reale. In particolare la discussione ha messo in evidenza che ci sono alcune eterogeneità di cui gli utenti sono portatori che risultano abbastanza riconosciute e rispettate (ad esempio la differenze di genere, età, nazionalità, ...); altre differenze invece sono spesso date per scontate/non verificate e per questo il loro valore sottovalutato (livello di informazione sui servizi, rete di supporto familiare, livello di alfabetizzazione, storia clinica, ...); infine, altre differenze di cui l'utente è portatore normalmente vengono o negate o rimosse, ovvero neppure prese in considerazione come possibili.

In questo senso il lavoro svolto sulle famiglie multiproblematiche si colloca pienamente in questa direzione. L'analisi compiuta ha permesso di riscontrare una discrepanza tra utente "ideale-reale" per il quale si sono organizzati i servizi nell'idea che la segmentazione della domanda potesse essere adeguata per rispondere all'utente "reale". Ovvero si è passati dalla segmentazione della domanda (tanti utenti ideali in cui si può scomporre la complessità presente nella famiglia multiproblematica) e quindi a diverse prestazioni, alla domanda presentata dall'utente reale, rappresentato dall'utente e dal suo contesto familiare di riferimento.



Questo documento è quindi sicuramente da considerare anche come contributo pratico per rendere operativo il principio dell'equità nella misura in cui si riconosce l'unicità dei problemi che le famiglie multiproblematiche portano ai servizi. Ed è proprio dal riconoscimento di questa unicità che è stato possibile riformulare il bisogno/problema, non come espressione del singolo ma come famiglia intesa quale luogo di contesti relazionali nel quale anche la relazione con il servizio gioca un ruolo fondamentale.



# Sommario

La presente pubblicazione rende conto di un percorso formativo a *step* durato circa tre anni e di un contemporaneo, collegato lavoro svolto dai Servizi sociali e sanitari (Azienda USL di Bologna e Comuni del territorio provinciale bolognese) di revisione degli interventi in risposta ai bisogni complessi presentati dalle famiglie, e in specifico da quelle multiproblematiche.

Si è trattato di un percorso alla ricerca di una progettualità e di strategie più funzionali alle esigenze presentate dai nuclei multiproblematici, superando le esperienze in atto caratterizzate da frequenti fallimenti nei programmi di intervento e nella cura. È stato impostato come ricerca-azione ed è stato caratterizzato da una co-costruzione conoscitiva in stretto collegamento all'esperienza. I partecipanti hanno individuato le situazioni familiari con le quali si sono trovati in difficoltà; la discussione e il confronto in gruppo hanno poi sollecitato riflessioni e rielaborazioni; hanno permesso di definire concettualizzazioni e di predisporre ipotesi di lavoro; hanno altresì facilitato l'individuazione di orientamenti e di svolgimenti di lavoro più adeguati e pertinenti.

Il testo si sviluppa a partire da riflessioni sugli interventi in atto nei Servizi in risposta alla complessità dei bisogni delle famiglie, al disagio e alla multiproblematicità. Prende poi in esame le difficoltà dei Servizi stessi nelle interazioni con gli utenti, nella comunicazione fra le professioni, e propone nuove modalità di lettura delle peculiarità dei contesti familiari. Attraverso l'analisi dell'evoluzione di alcune storie familiari in rapporto agli interventi messi in atto vengono prefigurate modificazioni nei processi di lavoro e nello svolgimento delle attività, evidenziando modalità e strumenti che possono favorirle e promuoverle.

Nell'ultimo Capitolo sono presentati alcuni progetti che sono espressione dei possibili cambiamenti di operatività da parte dei Servizi.

## **Abstract**

### ***Families and multiproblematic families Methodological approaches and operational paths to face complexity***

*The publication presents a three-year educational step path and a work developed by some social and health services of the Local Health Trust of Bologna and Municipalities of Bologna Province to review interventions for complex needs expressed by families, in particular by multiproblematic families.*

*The aim was to find a planning and strategies that are more functional to face multiproblematic groups' questions, and that can overcome current experiences characterized by frequent failures in intervention programs and care. The path was a research-action to co-build knowledge along with experience. Participants identified some particularly problematic familiar situations; group discussion and confrontation stimulated comments and revisions, allowed to define conceptualizations and to propose work hypotheses, enabled new trends and more adequate work organizations.*

*The first part of the document proposes some thoughts on interventions by Services to respond to families' complex needs and to hard and multiproblematic situations.*

*Services' difficulties in interaction with their users and in communication among different professionals are then considered, while proposing new ways to read the peculiarities of these families. Through the analysis of the development of some family stories in relation with social and health interventions, modification in work processes and activities are proposed, underlying tools and models that can enable them.*

*The last chapter presents some projects that can imply operational changes in Services.*

# Introduzione<sup>3</sup>

## Famiglie e Servizi in Emilia-Romagna

I Servizi sanitari e sociali dell'Azienda USL di Bologna e i Servizi sociali che operano con i minori e le famiglie dei Comuni appartenenti al territorio provinciale bolognese rappresentano il contesto in cui nasce e si sviluppa il lavoro tratteggiato in questa pubblicazione.

I Servizi sociali e sanitari sono nati negli anni Settanta all'interno di un più ampio processo riformatore che stava attraversando il Paese (e non solo) e che mirava a ridisegnare l'articolazione delle competenze e dei poteri nei vari livelli istituzionali dello Stato e i nuovi contenuti della politica sociale e sanitaria.

La Legge n. 382/1975 e il successivo Decreto di attuazione n. 616/1977 rappresentano la più lucida espressione del disegno progettuale di quegli anni.

Il processo avviato sulla spinta di cambiamento che aveva attraversato il Paese nel dopoguerra è stato anche favorito dal vento dello sviluppo economico in fase espansiva; nel tempo, tuttavia, ha subito brusche frenate e robuste sterzate a causa di una serie di difficoltà di ordine sociale, politico ed economico.

Non vi è stato così più spazio al procedere di un disegno unitario complessivo e si è aperta la strada a una strategia di settorializzazione dei campi e di frammentazione dei provvedimenti legislativi.

Il settore in cui è stato conseguito negli anni Settanta, sia pure con grande fatica, l'obiettivo di una riforma organica è stato quello sanitario. In ambito socio-assistenziale si sono attesi ancora molti anni prima di vedere disposizioni in grado di definire gli ambiti, gli obiettivi e l'organizzazione dei Servizi sociali.

I Servizi sanitari e sociali hanno nel tempo proceduto spesso su binari paralleli, alla ricerca, tuttavia, di un'integrazione e di una reciproca connessione che non sempre e non in tutti i territori è stata raggiunta.

In Emilia-Romagna è stato negli anni sempre vivo l'impegno della Regione a mantenere collegati sanità e sociale, sia attraverso disposizioni in merito, sia attraverso la promozione della riflessione e del dibattito su questi temi; è così lievitato il patrimonio delle idee e delle esperienze che ha permesso soprattutto agli operatori - a costante confronto con la crescente complessità dei bisogni delle persone e delle famiglie - di ricercare le risposte più adatte nel rispetto della cultura professionale e di servizio e di ritrovarle soprattutto nell'intreccio delle competenze e nei collegamenti fra gli interventi.

---

<sup>3</sup> A cura di Clede Maria Garavini e Franca Olivetti Manoukian

Il tema delle famiglie, e in particolare delle famiglie multiproblematiche oggetto specifico della trattazione di questo volume, rappresenta una sorta di finestra sul mondo dei Servizi, sull'evoluzione della loro filosofia e del loro modo di essere e di operare. È possibile così scorgere i travagli, le sperimentazioni, i fallimenti e i successi che li hanno attraversati, accompagnati da un impegno costante a rivedere le impostazioni e a ridefinire le metodologie per rispondere il più efficacemente possibile alla trasformazione e all'ampliamento dei bisogni.

Le storie complesse e a tratti drammatiche riportate in questa pubblicazione danno conto di ciò e soprattutto testimoniano la necessità di interventi a più mani, con la partecipazione di più professionalità e di più Servizi, di interventi attentamente pensati, innovativi, realizzati con competenza e severo impegno.

I Servizi sociali e sanitari, fin dalla loro costituzione, si sono confrontati costantemente con le famiglie. È difficile tuttavia rintracciare e stabilire punti di corrispondenza e di relazione reciproca nei profili di cambiamento della famiglia e nell'evoluzione dei Servizi negli ultimi decenni, e questi due sistemi ben distinti fra loro non appaiono coinvolti dal flusso del cambiamento nello stesso tempo e nelle stesse modalità.

In questa sede non ci si sofferma sulle rapide e importanti trasformazioni della famiglia; si accenna solo al percorso di crescita dei Servizi, anche se non è semplice considerarli come un insieme omogeneo in quanto sostenuti da finalità e filosofie operative assai diversificate.

Pur nel rispetto delle loro particolarità, tuttavia, sembra di potere cogliere - nella loro evoluzione alla ricerca di una definita identità - punti di contatto e convergenze. Superata la prima fase pionieristica, sorretta da spinte innovative, connotata da scarsa gerarchizzazione e da investimento prevalente nei fattori politico-sociali rispetto a quelli tecnico-professionali, negli anni Ottanta e nei primi anni Novanta i Servizi sono passati alla riscoperta della cultura tecnica e alla definizione più precisa degli ambiti di competenza.

Anche i professionisti si sono sempre più impegnati nella ricerca di una specificità di ruolo, di spazi dai quali ricavarne una precisa connotazione e di forme nuove di sperimentazioni quali l'affido familiare, i Servizi di accoglienza residenziali, i Servizi diurni per quanto riguarda l'età evolutiva, i diversi tipi di comunità e la molteplicità di interventi indirizzati al sostegno delle autonomie relativamente agli adulti.

Nell'ultimo decennio la cultura tecnica si è ulteriormente ampliata e arricchita e si è sempre più calata e integrata nei diversi Servizi che hanno assunto configurazioni ben definite in rapporto agli specifici compiti e agli ambiti di intervento; tale diversità ha trovato fondamento in parte nella progressiva evoluzione dei bisogni delle persone e nel loro specifico articolarsi, in parte nella specializzazione delle competenze tecnico-scientifiche degli operatori dei Servizi.

Nonostante i cambiamenti avvenuti che hanno condotto i Servizi a differenziarsi nell'impostazione, nell'organizzazione e nell'operatività, è possibile ritrovare un elemento comune nel rapporto con le famiglie, ovvero un'attenzione sempre più marcata e il

coinvolgimento del contesto di vita delle persone, derivato anche dal fatto non trascurabile che le famiglie stesse si sono sempre più proposte come interlocutori attivi e non solo attraverso la mediazione dell'individuo portatore del disagio o del sintomo.

Nella loro operatività i Servizi hanno considerato la famiglia alternativamente come risorsa per la crescita e lo sviluppo della persona, ma anche come fonte di rischio di patologia.

Fra le variabili possibili che hanno orientato l'approccio alle famiglie in queste diverse direzioni e a privilegiare ora un'impostazione, ora un'altra, vanno tenuti presenti innanzitutto il grande sviluppo delle scienze umane avvenuto negli ultimi venti anni e in specifico l'ampliamento delle conoscenze sul funzionamento della mente e sui suoi meccanismi di relazione.

Vanno anche attentamente considerati il rapido modificarsi delle organizzazioni dagli anni Novanta in poi e la diversità dei compiti assunti dalle singole istituzioni: con ogni probabilità uno studio attento sull'evoluzione del sistema socio-sanitario metterebbe in evidenza corrispondenze (facilmente identificabili da chi lavora da anni nelle strutture!) fra le dinamiche interne ai singoli Servizi (organizzative, di ruolo, di aree professionali, ecc.) e le modalità operative prevalenti di risposta alle famiglie.

La situazione dei Servizi in questi in ultimi anni è espressione ed esito dei movimenti ai quali si è accennato: accanto allo sviluppo delle professioni, alla qualificazione degli ambiti e degli interventi, sono evidenti la separazione, la frammentazione, le difficoltà di comunicazione e di integrazione. Molti esempi nella vita quotidiana dei Servizi offrono la possibilità di rilevare quanti ostacoli di ordine concettuale, organizzativo e operativo non consentano connessioni, integrazioni e concertazioni e impediscano la messa in atto di progetti multivalenti, multidisciplinari e organici.

L'aumento della complessità delle problematiche socio-ambientali, educative e relazionali all'interno della famiglia ha quindi incontrato una carenza di comunicazione e collaborazione fra i Servizi che se ne occupano.

L'ambito in cui tutto ciò si rende più evidente e anche più carico di effetti negativi è il lavoro con le famiglie, in particolare con quelle "multiproblematiche" che, per la varietà e poliedricità dei bisogni vissuti, hanno esigenze di interventi concertati da parte di più istituzioni e di più professionalità.

Sotto la pressione dei bisogni, in base a quello emergente, la famiglia contatta ora l'uno, ora l'altro Servizio ricevendo risposte parcellizzate, fra loro non sempre coerenti, che non facilitano il cambiamento e che spesso rappresentano maggiormente il modello del Servizio più che il reale bisogno espresso dalla famiglia.

Queste famiglie, anche se non sono facilmente definibili né a livello sociologico, né nosografico, sono espressione della combinazione di

*vari fattori a diversa incidenza di peso e qualità, fra i quali sono a ricorrenza costante: a) una condizione materiale gravemente disagiata (mezzi economici scarsi, spesso sotto il limite per la sopravvivenza, abitazione insufficiente e inadeguata negli spazi); b) una patologia psichica che coinvolge uno o più membri e che è comunque pervasiva di tutto il gruppo familiare; c) una persistente*

*difficoltà di rapporto con il sociale circostante e con le istituzioni in senso lato, che ne segna le condizioni di emarginazione e di esclusione (Loperfido, 1995).*

Secondo Loperfido (1995)

*[il] prodotto della combinazione di questi fattori (e di altri che si aggiungono di volta in volta) è una famiglia senza progetto e senza regola.*

Si tratta quindi di una famiglia in cui spazi, tempi, ruoli, funzioni educative, relazioni sono organizzati in modo peculiare - e spesso disfunzionale. Non è difficile prevedere in queste condizioni perturbazioni delle relazioni - in specifico genitori/ figli - e alterazioni dello sviluppo dei bambini fin dalla più tenera età e degli adolescenti.

È quindi importante riuscire a codificare e comprendere gli stili peculiari e le regole organizzative di queste famiglie per poter costruire insieme a loro possibili percorsi di cambiamento.

## **Percorso di formazione**

Nel 2007, la Direzione dell'Azienda USL di Bologna ha affidato al Programma Salute donna, infanzia e adolescenza il compito di definire un percorso assistenziale integrato a sostegno delle famiglie multiproblematiche e di predisporre risposte interdisciplinari in grado di superare le criticità riscontrate nei Servizi.

Con questo mandato, il Programma ha organizzato un gruppo di progetto che ha elaborato una prima proposta metodologica presentata e discussa in diverse sedi.

Nel documento che riporta in sintesi il risultato del lavoro compiuto sono indicati gli ambiti nei quali è necessario intervenire e sono evidenziate le diverse azioni da promuovere (vedi *Paragrafo 6.1*). Fra queste, un rilievo particolare è attribuito alla formazione, intesa come strumento per favorire la crescita culturale e il miglioramento qualitativo dell'attività di aiuto alle famiglie multiproblematiche. A partire dal 2008 sono state quindi investite risorse, e l'esperienza documentata nella presente pubblicazione riflette l'impegno e gli sforzi di molti professionisti e registra anche le difficoltà incontrate.

Nella realizzazione concreta del percorso formativo è stato scelto uno schema a fasi, nella convinzione che la formazione vada intesa come un processo che parte dalla riflessione sull'esperienza sociale e clinica condotta, per confrontarsi con diverse conoscenze e pervenire alla revisione delle pratiche operative seguite e all'assunzione di modalità di intervento che risultano più efficaci.

Gli elementi che hanno concorso ad indirizzare verso una tale linea formativa sono:

- la necessità del coinvolgimento attivo dei partecipanti e della valorizzazione delle esperienze condotte. Frequentemente si è avuta occasione di verificare che esperienze, pur ricche e positive, restano sconosciute ad altri e non promuovono diffusione di informazioni né aumento di conoscenza;
- la considerazione che la formazione non può essere pensata e realizzata in senso unidirezionale come somministrazione di informazioni da parte di alcuni e che - per renderla efficace - occorre renderla coerente all'operatività quotidiana. È noto infatti



che il bagaglio di informazioni inutili o inutilizzabili non solo viene nel tempo dimenticato, ma spesso costituisce un diaframma e uno schermo alla comprensione dei fenomeni;

- l'importanza di adottare una metodologia capace di promuovere e valorizzare l'assunzione di nuovi paradigmi, che migliorino la capacità di analisi della complessità familiare, a partire dalle riflessioni tra i partecipanti alla formazione, attraverso l'analisi del proprio lavoro e il confronto fra le diverse esperienze.

Il lavoro compiuto con i partecipanti alla formazione può essere rappresentato come un percorso alla ricerca di una progettualità e di strategie funzionali ai bisogni complessi delle famiglie e in particolare delle famiglie multiproblematiche, nell'obiettivo di superare le esperienze finora condotte, spesso caratterizzate da azioni compensative delle carenze riscontrate e da frequenti fallimenti.

Si è partiti dal senso di impotenza, dalla percezione della difficoltà ad introdurre elementi di cambiamento, dal rischio di cronicizzazione degli interventi stessi, e si è giunti ad identificare un approccio che consente di rappresentare in modo più complesso e articolato i problemi delle famiglie e le risorse di cui dispongono, di declinare le azioni avendo ben presenti gli obiettivi dell'intervento e a cosa ci si può "appigliare".

I punti nodali affrontati in questo percorso sono:

- la progettualità e il senso degli interventi in rapporto al funzionamento della famiglia multiproblematica;
- la comunicazione fra Servizi;
- la cultura e l'organizzazione dei Servizi;
- l'integrazione tra le diverse professionalità;
- la metodologia di lavoro.

L'intero percorso formativo è stato impostato come ricerca-azione; ai partecipanti è stato richiesto di individuare nell'operatività quotidiana situazioni in cui si sono trovati in difficoltà: sono stati invitati a descriverle mettendone in evidenza le maggiori criticità.

La discussione e il confronto in gruppo hanno favorito rielaborazioni che hanno permesso di ricollocare le storie familiari entro una cornice concettuale finalizzata a distinguerle e a ricercare "appigli" e modalità di intervento accettabili e pertinenti.

## **Perché questo testo**

La partecipazione a un percorso di formazione, se non costituisce soltanto un rito formale, una presenza dovuta per ottenere crediti formativi o per adempiere a obblighi connessi all'esercizio di ruoli professionali e organizzativi, lascia dei segni che per lo più si materializzano in alcune documentazioni collegate a vari questionari di gradimento o di valutazione o anche in relazioni finali scritte da formatori e tutor che illustrano contenuti, svolgimenti, eventuali esiti.

Altre tracce si depositano nelle esperienze e nelle memorie di singoli e gruppi e possono essere variamente riprese e valorizzate, a seconda della loro pregnanza, degli investimenti affettivi che mobilitano, e anche dei circuiti relazionali più o meno aperti a modelli preesistenti o attivabili.

La formazione attraverso tali modalità rimane relativamente poco connessa all'operatività lavorativa e al funzionamento organizzativo, anche se viene proposta e promossa come fattore chiave per sostenere evoluzioni e miglioramenti.

Rimane infatti affidato al singolo partecipante il compito di introdurre o tradurre in pratica qualche elemento acquisito: tocca alla sua sensibilità, al suo interesse, forse anche al suo senso di responsabilità prendere l'iniziativa di rivedere il proprio lavoro o aprire - questione quanto mai ardua - delle connessioni di lavoro con colleghi e dirigenza.

Con l'attività di formazione tra operatori di diversi Servizi dell'Azienda USL e dei Comuni sul tema delle famiglie e in particolare quelle cosiddette multiproblematiche, ci si è proposti di considerare con un'attenzione speciale e con uno sguardo inconsueto uno degli ambiti di lavoro insieme più frustranti per gli operatori e più improduttivi per i Servizi, più costosi per la collettività e più insoddisfacenti per gli stessi destinatari. Attorno a queste famiglie - o, per usare il gergo abituale nei Servizi, attorno a questi "casi" - si rivelano inefficaci le modalità di intervento più collaudate e codificate e spesso vengono anche profuse consistenti risorse economiche e professionali. Può anche accadere che queste situazioni vengano scaricate sulle professioni "meno qualificate" e che restino per molto tempo agganciate ai Servizi senza che si abbiano riscontri apprezzabili. Nei micro-contesti sociali (scuola, ospedale, vicinato), attese molto elevate nei confronti di interventi "risolutivi" finiscono per tradursi in diffidenze e ostilità che rischiano di compattarsi in un'immagine pubblica dei Servizi come assenti o impotenti, statici e autoreferenziali.

L'obiettivo centrale è stato pertanto quello di individuare orientamenti e svolgimenti del lavoro più adeguati e pertinenti per queste situazioni. E si può affermare che è stato raggiunto in quanto è possibile presentare qualche spunto interessante e significativo, forse anche qualche avvertenza operativa, grazie all'impegno e alla disponibilità di sottogruppi di partecipanti alla formazione che hanno condiviso nuove visioni delle finalità dei Servizi, che si sono interrogati sulle impostazioni del lavoro e che si sono anche misurati con le fatiche di ricostruire storie penose per loro stessi, oltre che per le famiglie.

Prima di tutto sono state messe a fuoco meglio alcune opzioni: sono stati cioè riattualizzati, rimessi in primo piano, alcuni orientamenti fondativi del lavoro nei Servizi che, nel corso del tempo, anche per gli assilli e gli assedi dei ritmi quotidiani, erano sbiaditi o erano rimasti depositati, senza essere confrontati con i cambiamenti più generali della società.

In seguito si è cercato di capire meglio - con scambi approfonditi e specifici sugli interventi più abitualmente realizzati - come tradurre le nuove ipotesi in un diverso modo di interagire e intervenire con le famiglie multiproblematiche, come adottare nuove scelte per capire e per agire, quali nuovi e altri strumenti utilizzare, quali altre interazioni attivare.

Si sono pertanto individuate delle transizioni possibili verso un'attività più mirata ed efficace nei confronti delle famiglie.

Si è ritenuto quindi interessante e rilevante rendere il più possibile visibili e comprensibili le nuove attività individuate perché diventino patrimonio dell'organizzazione dei Servizi. È importante che queste nuove modalità diventino dei riferimenti più espliciti e continuativi per coloro che hanno preso parte al percorso formativo, evitando di depositarle entro uno spazio mentale parallelo e distante dalla quotidianità. Si spera che possano anche sollecitare curiosità e suggestioni in tanti operatori "smarriti" e "affannati" nei rapporti con le famiglie che si rivolgono ai Servizi.

Sarebbe infine auspicabile e opportuno che l'insieme del lavoro potesse offrire a dirigenti e responsabili dei Servizi alcune segnalazioni per i processi di lavoro e per il funzionamento organizzativo.

## **Che cosa contiene questo documento, come è stato costruito e da chi**

Le pagine che seguono offrono indicazioni per realizzare interventi positivi con le famiglie in situazioni di elevata complessità. È bene tuttavia precisare subito che in questi casi non ci si può proporre di ottenere trasformazioni totali e di eliminare i problemi: si tratta di riuscire a gestirli in modo da contenerli entro condizioni sopportabili ed evitare proliferazioni e deterioramenti dei disagi. Questo implica un consistente e continuo lavoro conoscitivo per comprendere le dinamiche strutturali e quelle emergenti, per individuare i problemi a cui prestare specifica attenzione, per formulare ipotesi di intervento e per verificare i riscontri di iniziative intraprese.

Le indicazioni pertanto non costituiscono delle prescrizioni di ciò che deve essere messo in pratica. Non possono essere prese come ricette o prestazioni da eseguire con apposite procedure, secondo determinate sequenze e con specifiche strumentazioni. Non viene fornito un manuale. Sono piuttosto delle proposte di modalità di lavoro in cui si intrecciano conoscenze da attivare e azioni da sperimentare, frutto di riflessioni e considerazioni che vanno conosciute e assunte.

Per intervenire in modo appropriato è importante che gli operatori non siano degli applicatori, ma che padroneggino le premesse teorico-metodologiche a cui fa riferimento il loro agire e che siano pertanto in grado di formulare e validare ipotesi, verificandone traducibilità e riscontri nella realtà. A questo vanno probabilmente collegati anche dei passaggi elaborativi che connettano i propri patrimoni di saperi professionali con gli orientamenti più generali, in modo da poter riconsiderare aspetti e fattori laterali e/o contigui e utilizzarli efficacemente per intervenire.

Il contenuto del testo si sviluppa a partire da una collocazione della questione degli interventi nel contesto più generale dei disagi che nella società attuale investono le famiglie e rispetto ai mandati istituzionali per cui sono stati istituiti i Servizi territoriali, sanitari e sociali.

In particolare, per i dati fenomenologici - ovvero per le descrizioni degli operatori che le incontrano - si presentano come "multiproblematiche" quelle famiglie che entro varie configurazioni strutturali si caratterizzano per rapporti discontinui e fragili con l'ambiente sociale in cui vivono e contemporaneamente per situazioni relazionali interne bloccate o altamente conflittuali, non gestite perché tendenzialmente non riconosciute come tali.

Dalle analisi e dalle ricostruzioni portate dagli operatori si sono posti degli interrogativi su come i diversi Servizi - dalla Neuropsichiatria alla Psichiatria, ai Servizi sociali, ai Consultori, ai Servizi privati - hanno lavorato, mettendo in luce difficoltà nelle interazioni con gli utenti che si sottraggono a interventi specialistici, e anche nei rapporti e comunicazioni tra professionisti. Si sono prefigurati passaggi ed evoluzioni da adottare nello svolgimento delle attività, individuando anche dei dispositivi che possano facilitarli.

Il testo, nel suo dipanarsi complessivo e nelle sue elaborazioni specifiche, cerca di accompagnare chi opera nei Servizi verso riflessioni che diventano via via più specifiche per arrivare a sostenere un'operatività che tenga conto della complessità ma che non sia da essa indebolita. Infine vengono anche segnalati alcuni dispositivi che possono facilitare differenti modalità di intervento.

Con queste sottolineature si vuole mettere in evidenza una notevole corrispondenza tra sviluppo dei contenuti trattati e percorso formativo per step, che ha consentito una notevole connessione tra seminari di formazione e lavoro nei Servizi.

Negli incontri plenari sono state presentate e discusse concettualizzazioni e ipotesi che sottogruppi di operatori partecipanti hanno utilizzato per rileggere alcune situazioni particolarmente intricate, per individuare elementi sottovalutati, per aprire nuove ipotesi e sbloccare comunicazioni stagnanti.

Negli ambiti formativi sono state proposte e raccolte ipotesi e indicazioni che alcuni sottogruppi hanno fatto proprie e su cui si sono autonomamente attivati in piccole ricerche sui casi, che hanno fornito esiti positivi e impensati, di cui si sono potuti concretamente apprezzare i vantaggi.

In un arco di tempo di circa tre anni i seminari hanno impegnato per sei mezze giornate, ma dagli operatori è stato investito molto tempo in processi di auto-formazione in piccoli gruppi interprofessionali e inter-Servizi. Probabilmente questo ha favorito metabolizzazioni più ravvicinate e congruenti con gli spazi di pensabilità e di agibilità realmente esistenti.

Fin dall'inizio sono stati prodotti materiali scritti: da una ricognizione generale della problematica "famiglie e Servizi", a documenti di presentazione dei casi con apposite *slide*, a elaborazioni di riflessioni su decisioni e scelte nella conduzione degli interventi.

È utile segnalare questo modo di procedere come una effettiva realizzazione di processi di co-costruzione conoscitiva che tanto sono raccomandati per arrivare ad apprendimenti che siano connessi all'esperienza e che portino a modificare i contenuti lavorativi.

Gli autori di questo testo sono quindi molti e diversi: sono i partecipanti ai seminari formativi, sia quelli che hanno seguito continuativamente sia quelli che si sono aggregati soltanto per uno o due incontri; sono i gruppi che si sono costituiti nei vari Servizi e tra Servizi e che hanno lavorato per presentare i casi alla riflessione dei colleghi; sono le

psicologhe che hanno dato vita alla prima iniziativa e quelle che si sono impegnate a descrivere alcune situazioni per esemplificare e chiarificare le ipotesi operative; sono la responsabile dell'Unità operativa complessa Salute donna, infanzia e adolescenza e la consulente dello Studio APS che hanno cercato di tenere la rotta dal punto di vista teorico e metodologico.

Arrivare a un prodotto visibile è un riscontro positivo rispetto a sforzi e fatiche. Maggiore sarebbe la soddisfazione se il testo che viene presentato potesse essere utilizzato da altri operatori e da altri Servizi, se fosse acquisito come "attrezzo" di lavoro a cui ricorrere ma anche da adattare alle proprie esigenze aggiungendo, modificando, riformulando, rivedendo, possibilmente in dialogo con i colleghi, soprattutto aprendo nuove riflessioni e verifiche.

È questo una sorta di richiamo o di invito agli operatori a nuove interlocuzioni che saranno attivabili e fruttuose se potranno trovare nei ruoli di direzione e di coordinamento sostegni, apprezzamenti e incoraggiamenti, se saranno colte come aperture a innovazioni, oggi più che mai necessarie per un funzionamento dei Servizi efficace e legittimato.



# 1. Contesto per il lavoro dei Servizi con le famiglie

## 1.1. Complessità delle famiglie

La ricerca storico-antropologico-sociale ha messo in luce la grande variabilità dei contesti familiari in termini di forma, ampiezza, organizzazione e definizione dei ruoli e dei rapporti, in relazione alle varie epoche storiche, aree geografiche, ceti sociali e livelli culturali.

Per quanto riguarda l'Italia, il processo di trasformazione che ha interessato le famiglie è iniziato con l'avvento dell'industrializzazione, fra fine Ottocento e i primi anni del Novecento. Successivamente le imponenti trasformazioni a livello sociale e culturale avvenute nella seconda metà degli anni Sessanta hanno contribuito a modificare profondamente la struttura della famiglia e la qualità delle relazioni fra i suoi membri. La famiglia patriarcale allargata, caratterizzata da una struttura di potere piramidale fondata sull'autorità del capofamiglia ha, via via, lasciato spazio alla famiglia di tipo nucleare, fondata sulla relazione di coppia e caratterizzata da una gestione del potere più paritaria.

La formazione della famiglia non è più regolata da un contratto economico, ma si fonda sempre più sugli affetti e sulla libera scelta del partner.

Si assiste a una netta separazione e ridefinizione dei tempi e degli spazi dedicati al lavoro e alla famiglia: il tempo riservato alle attività produttive e alla sussistenza viene nettamente separato e collocato fuori dal contesto familiare; in questo modo lo spazio familiare diventa uno spazio privato in cui gestire la vita domestica e l'intimità dei rapporti.

L'istituto del matrimonio, con l'introduzione del divorzio, perde il suo carattere di ineluttabilità. Sposarsi, avere figli, convivere con il proprio coniuge fino alla morte non sono più eventi definitivi e preordinati nella vita delle persone. Il rapporto di coppia può finire e lasciare spazio al nuovo. All'interno della famiglia diventa possibile sperimentare una maggiore intimità e libertà nell'espressione dei sentimenti.

La nuclearizzazione della famiglia porta a una riduzione delle sue dimensioni e a una ridefinizione delle modalità e della qualità delle relazioni.

Negli ultimi quarant'anni accanto alle famiglie nucleari sono comparse nuove forme familiari che hanno messo in discussione proprio che cosa si debba intendere per "famiglia", in quanto le sovrapposizioni e le coincidenze fra ruoli, funzioni e confini non sono più così scontate. La sovrapposizione fra nucleo familiare e famiglia non può essere automatica, né la coincidenza fra coppia coniugale e genitoriale, ruoli familiari e ruoli di genere, confini simbolici e confini spaziali.

Gli studiosi hanno quindi dovuto riformulare e precisare il linguaggio adottato per descrivere le famiglie, ad esempio segnalando la discontinuità fra spazio e affetti, confini fisici e simbolici, differenziando lo "spazio", cioè il nucleo familiare, e gli "affetti" cioè la famiglia (Fruggeri, 2005). Ora, con il termine "nucleo familiare" si definisce l'insieme di persone legate da vincoli di parentela che condividono uno spazio comune, che vivono "sotto lo stesso tetto", mentre "la famiglia" rappresenta la rete delle relazioni affettive interdipendenti che costituiscono il contesto relazionale all'interno del quale si svolge la trama della storia delle persone (Fruggeri, 2005).

Nucleo familiare e famiglia possono o meno coincidere. La famiglia è costituita da relazioni significative di tipo affettivo, continuative nel tempo e necessarie per lo scopo comune del "sistema famiglia". Si passa dall'idea del confine come barriera strutturale che individua la famiglia in quanto nucleo convivente (ad esempio famiglia biologica, famiglia affidataria) all'idea di famiglia come sistema di relazioni significative.

È opportuno che gli operatori, quando lavorano con le famiglie, adottino una visione dinamica, attenta a come le persone formano la famiglia, sviluppano legami, affrontano compiti e problemi, si rapportano con l'ambiente circostante, vivono e sopportano elementi di rischio al loro interno e/o verso l'esterno.

In quest'ottica va anche tenuto presente che i comportamenti, le interazioni, le scelte di breve e lungo periodo, i modelli abitativi ed educativi, sono collegati - e anche condizionati - da molte variabili precostituite che attengono a schemi di rapporti determinati da vicissitudini storiche e da appartenenze culturali e geografiche.

Si possono pertanto classificare le famiglie per composizioni strutturali differenziabili secondo le posizioni e le aggregazioni interne.

Le famiglie monogenitoriali sono caratterizzate da una figura di adulto che riveste un ruolo centrale. Possono essere composte da madri (o padri) nubili/celibi e i loro figli, da un genitore vedovo e i figli, da nonni/o/a e nipoti/e con presenza di un genitore (definibili simbolicamente bi-genitoriali).

Le famiglie plurinucleari, in cui cioè sono contemporaneamente presenti, con varie contiguità, più nuclei familiari, possono essere costituite da:

- famiglie composte da due nuclei monogenitoriali che derivano da una separazione coniugale. Si configurano come una struttura formata da due nuclei rispettivamente composti da due genitori, ciascuno con propri figli provenienti da altre unioni;
- famiglie ricomposte in cui un membro della coppia coniugale ha figli nati da una precedente unione. La ricomposizione può seguire una separazione della coppia precedente (uno o entrambi i genitori separati si risposano), una vedovanza, una situazione di nubilato materno (la madre *single* si sposa con un partner che non è il padre biologico del figlio);
- famiglie composte da un nucleo originario e uno affidatario nei casi in cui il figlio è stato affidato ad altro nucleo per manifesta difficoltà in quello di origine.



Le famiglie nucleari presentano la configurazione più tradizionale con la presenza di due adulti di sesso differente ed eventualmente soggetti minori. Si possono distinguere in:

- famiglie composte da una coppia senza figli;
- famiglie composte da coppia e figli biologici;
- famiglie composte da coppia con figli adottivi;
- famiglie composte da coppia con figli biologici e adottivi;
- famiglie composte da figure genitoriali sostitutive (in genere parenti) e minori orfani, in stato di abbandono, in tutela.

In questi diversi nuclei familiari gli adulti possono avere orientamento etero o omosessuale, per cui si avranno:

- famiglie con coppia eterosessuale con o senza figli;
- famiglie con coppia omosessuale:
  - senza figli;
  - con figli biologici generati da uno dei due partner in precedenti unioni eterosessuali o tramite fecondazione assistita.

La differenziazione può riguardare anche la provenienza geografica; si possono quindi avere:

- famiglie autoctone che hanno origini nello stesso ambito territoriale in cui vivono;
- famiglie immigrate che provengono da altri Paesi e che vivono in un contesto differente da quello di origine.

Infine, si deve considerare anche l'appartenenza etnica e la suddivisione in:

- famiglie monoetniche composte da membri appartenenti alla stessa etnia;
- famiglie plurietiche composte da membri appartenenti a differenti etnie, che a loro volta possono differenziarsi:
  - sotto-sistema genitoriale etnicamente differente dal sotto-sistema filiale (adozione internazionale);
  - partner di appartenenza etnica differente e con figli di appartenenza mista.

## **1.2. Famiglie e disagio**

Negli ultimi anni gli operatori dei Servizi territoriali sociali e sanitari hanno riscontrato i limiti delle prassi e delle tecniche in uso nei Servizi nell'affrontare le forme di disagio all'interno delle famiglie e le difficoltà più complesse.

Le diverse strutturazioni familiari non implicano necessariamente il manifestarsi di disturbi o sofferenze per i diversi membri che in esse convivono, ma possono facilitare o meno i rapporti con l'ambiente sociale che costituisce un riferimento importante per gli equilibri interni.

Se una famiglia immigrata o ricomposta abita in un contesto sociale che esprime nei suoi confronti riprovazione, diffidenza, chiusura od ostilità, può vivere al proprio interno tensioni che si riversano sui figli o che influenzano i rapporti di coppia e che possono mettere in evidenza fragilità che poi sfociano in forme di disagio anche pesanti.

Tuttavia, il disagio delle e nelle famiglie si collega più spesso alle dimensioni affettive, al contesto relazionale interno che può essere influenzato dalle configurazioni strutturali, ma che probabilmente è condizionato soprattutto dalle storie e dalle caratteristiche soggettive dei singoli, dalle attese rivendicative che si covano per anni, dai rapporti che legano anche in modo patologico, dalle spinte a sottomettere l'altro per poter affermare la propria superiorità.

Le coppie e le famiglie che non vanno in crisi subito dopo l'unione possono mantenersi su una linea di galleggiamento, adattandosi entro modelli di interazione stabili fino al sopraggiungere di eventi di vita naturali o traumatici che possono mettere a repentaglio gli equilibri raggiunti fino a quel momento. In questo caso le persone possono avvertire malesseri e angosce, possono essere travolte da aggressività incontenibili verso gli altri o verso se stessi, da forti emozioni non riconoscibili o da disturbi mentali che emergono con forza.

Il disagio si manifesta attraverso segnali che non sempre vengono tempestivamente compresi, escono dalle pareti domestiche e diventano visibili nel contesto parentale e territoriale.

È possibile, ad esempio, che il bambino o la bambina non si adattino all'ambiente scolastico o che raccontino di violenza subita, che gli adolescenti diventino distruttivi, che i giovani entrino nei circuiti delle tossicodipendenze, che le madri precipitino in depressioni.

Con difficoltà di questo tipo, i singoli arrivano ai Servizi ed è importante che le risposte siano attinenti alla complessità presente nelle famiglie e nelle relazioni negli ambienti di vita (scuola, lavoro, Servizi, ...).

### **1.3. Mandato dei Servizi**

#### ***Perché e come è richiesto ai Servizi di intervenire?***

I Servizi sociali e sociosanitari sono stati istituiti e si sono moltiplicati negli anni Settanta e Ottanta nella prospettiva di tutelare i diritti di coloro che si trovano in condizioni di difficoltà di varia natura, per patologie o per episodi critici, e che rischiano di essere emarginati ed esclusi dalla partecipazione sociale e da opportunità di crescita, di istruzione e di lavoro.

I diritti di cittadinanza non possono essere garantiti soltanto dalle definizioni normative: è necessario che nelle situazioni sociali, cariche di contraddizioni e di squilibri, si creino le condizioni adeguate all'esercizio dei diritti stessi attraverso interventi specifici e competenti, in grado di promuovere interazioni e mobilitare risorse. Spesso questo mandato istituzionale - che è alla base dell'esistenza stessa dei Servizi - viene messo in

secondo piano dagli operatori: tende ad assumere maggiore importanza la traduzione operativa e l'adesione alle disposizioni che prescrivono di fornire risposte adeguate ai bisogni. Tale espressione da un lato sostiene positivamente un impegno professionalmente qualificato per realizzare interventi efficaci, dall'altro porta a prefigurare che sia possibile risolvere/eliminare dei problemi, come se il disagio sociale potesse essere trattato al pari di una patologia organica diagnosticabile e curabile secondo un paradigma medico.

Questo è un rischio collegato all'idea - diffusa e sostenuta fiduciosamente in alcuni anni passati - di poter istituire in Italia un *welfare state* che rispondesse ad attese di raggiungimento per tutti di un "ben-essere" ben tutelato sul piano economico e al contempo soddisfacente sul piano psichico e relazionale.

Oggi, dopo varie declinazioni sempre più riduttive di che cosa può essere considerato *welfare*, rimane ancora consistente sia all'interno dei Servizi sia all'esterno, la rappresentazione che i Servizi stessi debbano rispondere ai bisogni. Con questa formulazione sintetica si postula che è possibile, in presenza di risorse finanziarie e da parte degli operatori dei Servizi, risanare, ripristinare condizioni lavorative e familiari che sono venute meno; redimere, modificare radicalmente rapporti maltrattanti e violenti; riempire mancanze e mettere a disposizione interventi risolutivi e rigeneranti per chi vive disagi pesanti ed emarginanti.

Partendo da questa considerazione si tende a progettare azioni modellate e incentrate su competenze sempre più specialistiche, erogate da vari Servizi collocati in posizioni e istituzioni differenti, con una divisione del lavoro che non prevede comunicazioni e sinergie, perché se ogni parte svolge la funzione assegnata, l'esito complessivo è positivo. Questa impostazione in realtà non ha dato e non può dare risposte adeguate.

Una traduzione operativa del mandato entro questa impostazione ingabbia i Servizi fra continue richieste da un lato e moltiplicazione di prestazioni dall'altro; soprattutto, ha come ritorno una percezione di debolezza e insufficienza dell'operato dei Servizi, che in effetti non hanno un potere di rigenerazione e di cambiamento radicale delle condizioni di vita di singoli e famiglie.

È noto che i bisogni non possono essere identificati e definiti una volta per tutte e per tutti: variano a seconda degli individui e dei contesti sociali; possono essere considerati più o meno soddisfatti a seconda delle percezioni soggettive; tendono a moltiplicarsi, nel senso che, saturate alcune necessità, ne emergono altre in uno sviluppo senza fine.

Il primo passo per dare una risposta adeguata consiste pertanto nel facilitare o consentire ai singoli e alle famiglie di riconoscere in modo più realistico le loro domande e quindi i vincoli e le risorse delle loro situazioni di vita. Ed è prioritario che siano individuate e valorizzate innanzitutto le risorse esistenti, anche quelle potenziali.

Nella società attuale ormai da qualche anno si è costretti ad accettare l'informazione che le risorse che possono essere reperite ed erogate per fare fronte al disagio sociale sono "finite", non nel senso che siano esaurite ma nel senso che sono limitate, non possono essere facilmente rinvenute e non possono aumentare in modo esponenziale. Per i Servizi e per le famiglie che essi incontrano, diventa critico acquisire la consapevolezza che non

è possibile continuare a consumare risorse e che si tratta piuttosto di scovare risorse potenziali e risorse che generino altre risorse, promuovendo accrescimenti di capitale sociale, ovvero di senso di appartenenza e di coesione, di legami riscoperti e vitalizzati che possono contrastare disegualianze e squilibri, emarginazioni e frammentazioni. Per operare in questa prospettiva, è cruciale che si sostengano collegamenti e comunicazioni tra diversi Servizi, che con diversi punti di vista e diverse competenze (psicologico clinico, psichiatrico, sociale, educativo, ...) possono individuare in modo più specifico vincoli e opportunità di varia natura entro cui si collocano le persone. Non a caso l'integrazione socio-sanitaria è una degli orientamenti programmatori attualmente più ribaditi, anche dalla Regione Emilia-Romagna.

### ***Che cosa implica intervenire con le famiglie?***

Tradizionalmente i Servizi sociosanitari intervengono sia con utenti singoli sia per interi gruppi familiari, ma può accadere che le prassi operative utilizzate nei confronti dei singoli e delle famiglie non vengano differenziate

Va tenuto ben presente che non si tratta tanto di distinguere i destinatari degli interventi, quanto piuttosto di assumere una diversa collocazione nel modo di operare, presupponendo di rivolgersi ad individui isolati oppure considerando individui inseriti in sistemi relazionali significativi da riconoscere e valorizzare.

Quanto è oggi presente nella cultura e nell'operatività dei Servizi la consapevolezza che i propri interventi entrano nella storia delle famiglie come eventi significativi al pari di altri vissuti dalla famiglia stessa?

La rilevanza della domanda è epistemologica, perché induce a riflettere sulle premesse, sulle rappresentazioni e sui modelli di riferimento degli operatori. Ma ha anche una rilevanza metodologica, poiché solleva ulteriori interrogativi sui principi che guidano l'azione degli operatori:

- quanto, nella valutazione di una richiesta di un utente, viene tenuto presente il contesto in cui vive?
- quanto vengono tenute in considerazione le implicazioni che può avere, nei rapporti familiari, la prestazione fornita (nei suoi aspetti di contenuto e relazione) anche a un individuo singolo?
- quanto la considerazione di tali implicazioni informa l'organizzazione dell'intervento (nei suoi aspetti di contenuto e relazione)? (Fruggeri, 2005)

Qualsiasi intervento produce effetti sulla vita di una persona e ha implicazioni rispetto ai suoi legami; questi a loro volta incidono sull'evolversi delle situazioni a seconda di come prendono corpo i rapporti tra utenti e operatori.

In tale prospettiva, l'esito del lavoro viene essenzialmente considerato un processo interattivo tra i sistemi di significato e di rappresentazione di tutti i soggetti coinvolti (utente, famiglia, Servizi) non presi separatamente, ma per come si coordinano e si traducono in azioni collegate.

L'incontro tra una famiglia e i Servizi è segnato da momenti di sofferenza in quanto gli equilibri interni sono messi a dura prova da eventi e condizioni dolorose che investono uno o più membri. Le famiglie che accedono al Servizio hanno diversi stili comunicazionali e anche differenti abilità per far fronte alla situazione problematica.

Nella realtà si mettono a confronto due sistemi complessi (Servizi e famiglie) con dinamiche, storie, regole, miti che, a volte, possono cortocircuitare, creando più problemi che soluzioni.

Da questo rischio, inscritto nella complessità delle vicende, può scaturire un limitarsi, da parte del Servizio, a fornire risposte monodimensionali all'utenza e a formulare progetti di intervento fondati sulla centralizzazione della competenza del singolo operatore che interagisce con un singolo membro. In tal modo il Servizio collude con la tendenza del sistema famiglia, la cui problematicità e criticità è legata proprio alla centralizzazione del singolo componente e al disconoscimento della sofferenza e delle risorse dell'intero nucleo (De Francisci, Piersanti, 2006).

Nella complessità diventa indispensabile pensare e agire in relazione anche alle diverse abilità e limiti dei sistemi in interazione - famiglia e Servizio - e farlo per fasi processuali, in un'impostazione dinamica di conoscenza-azione.

La prospettiva relazionale ha permesso di riconoscere e decodificare nel problema e/o sintomo del paziente il linguaggio di una sofferenza più estesa e spesso negata, che vede coinvolti tutti i componenti della sua famiglia. Il problema è considerato metafora di un malfunzionamento sistemico e viene investito di una duplice funzione: morfostatica e morfogenetica. Questi concetti sono fondamentali nell'approccio terapeutico alla famiglia (De Francisci, Piersanti, 2006).

Anche per chi opera in un campo non strettamente terapeutico, è molto importante tenere conto di queste ipotesi: è necessario ricordare che la valutazione della proporzione esistente tra spinte a cambiare e spinte a mantenere un equilibrio familiare, qualsiasi esso sia, è condizione indispensabile per la comprensione delle dinamiche familiari e per la possibilità di co-costruire qualche auspicabile, possibile cambiamento. Da qui è possibile decidere quale grado di apertura sia mobilitabile nella famiglia per le eventuali condivisioni di un processo evolutivo, evidentemente senza escludere da questa analisi anche le rappresentazioni e le emozioni che sistemi complessi fanno riverberare negli operatori, i quali nella relazione mettono in gioco molte parti anche di se stessi.

In chiave sistemica, quindi, affrontare un piano di lavoro con le famiglie implica una valutazione circolare del rapporto famiglia-individuo-Servizio, nel senso anche di una capacità operativa rivolta a plasmare le proprie modalità comunicative, nel rispetto della conoscenza dei sistemi sui quali e attraverso i quali si interviene e delle regole di comunicazione fra questi. Ed è necessario farlo a partire dalle prime fasi di contatto/conoscenza della situazione.

Nei Servizi capita frequentemente, pur a fronte degli innumerevoli interventi dispiegati, che non si ottenga la *compliance* della famiglia al trattamento e che ci si imbatta in una sorta di "muro" inaccessibile, per quanto incomprensibile. Spesso questa barriera è la risultante non solo della disfunzionalità familiare, ma anche della difficoltà del Servizio ad

acquisire il linguaggio di decodifica appropriato. In altri termini, il grado di duttilità e comprensibilità del sistema familiare sarà raggiungibile anche nella misura in cui gli operatori riusciranno a pervenire a una conoscenza degli stili comunicazionali e relazionali della famiglia rispetto al problema e rispetto al Servizio che se ne sta occupando.

Per far fronte a sofferenze e malesseri vissuti da singoli e famiglie, è cruciale per gli operatori investire contemporaneamente nella conoscenza dei problemi che li attraversano e li condizionano, e dei modi con cui questi problemi sono rappresentati e comunicati e con cui si interagisce con diversi interlocutori.

I problemi si individuano se si riescono a considerare le situazioni con uno sguardo attento alla complessità e non soltanto guidato da principi di razionalità tecnico-scientifica o di compiutezza istituzionale, con una specifica valutazione dei rapporti che i soggetti coinvolti hanno con le difficoltà e con le opportunità esistenti o potenzialmente attivabili intorno a loro e in loro e quindi con coloro che possono costituire vincolo e risorsa.

## 2. Famiglie multiproblematiche

L'aggettivo "multiproblematico" è un termine generico che è entrato nel gergo dei Servizi per designare le situazioni familiari che manifestano maggiori disfunzionalità di adattamento sociale o più evidenti comportamenti patologici. Si riferisce a nuclei familiari i cui componenti entrano per vari motivi in contatto con Servizi sociali e sanitari e li frequentano per periodi prolungati. Sono nuclei che hanno difficoltà a riconoscere le problematiche al loro interno, che vivono rapporti complicati e ambivalenti con i Servizi stessi.

La famiglia multiproblematica può essere paragonata a un "corpo malato" in molte delle sue parti, che comunque continua a vivere a suo modo, a prescindere o a dispetto delle cure che gli vengono prestate e dei segnali di malessere che sono espressi dai suoi membri e che si stabilizza in un assetto che sembra impossibile scalfire, una sorta di "cronicizzazione" del disagio.

Dal punto di vista clinico le famiglie multiproblematiche sono famiglie con presenza di problematiche psicologico-psichiatriche e psicosociali multiple, sviluppatasi in un ampio arco di tempo, che permangono a lungo, con disfunzionalità psicologica e sociale rigida e ripetitiva, tendenza alla cronicizzazione dei problemi, marcato rischio di stigmatizzazione ed esclusione sociale dei singoli membri e del nucleo familiare nel suo insieme.

Queste famiglie spesso presentano anche carenze nello svolgimento delle funzioni genitoriali.

È ormai consolidata sul piano teorico e operativo la consapevolezza che molteplici forme di "mal-adattamento", di sofferenza e di disagio più o meno grave in età adulta prendano avvio da un'infanzia connotata da rilevanti deprivazioni, relazioni primarie distorte e distorcenti, maltrattamenti, abusi, ...

La letteratura scientifica è ora in grado di offrire ricche riflessioni sulle conseguenze a medio e a lungo termine derivanti da tali precoci esperienze sfavorevoli sul piano dello sviluppo psichico personale, relazionale e genitoriale. Nelle famiglie multiproblematiche risulta minacciata e limitata - a volte deformata - la capacità di *coping*, ovvero la competenza a promuovere, accompagnare e sostenere i processi di sviluppo, socializzazione e adattamento all'ambiente esterno. Ciò comporta il rischio di adottare stili e modalità relazionali disfunzionali e foci di molteplici problematiche.

Le esperienze cliniche e sociali sono oggi in grado di dimostrare che la maggior parte dei genitori in grave difficoltà nell'esercizio dei compiti di cura e di tutela della prole hanno vissuto esperienze sfavorevoli in epoca infantile. La ricca letteratura scientifica ha messo in risalto la trasmissione trans-generazionale delle capacità di assolvere ai compiti di cura.

È stato tuttavia anche dimostrato che un genitore con patologia psichiatrica non è necessariamente e conseguentemente un genitore inadeguato, che non tutti i genitori che sono stati abusati da bambini diventano automaticamente abusanti nei confronti del

figlio. La frequenza, tuttavia, con cui i Servizi vengono a contatto con storie di abuso trans-generazionale deve fare riflettere sull'importanza e necessità di potenziare i fattori protettivi, interni ed esterni alla famiglia.

Oggi ci si misura con la sfida di comprendere quali fattori favoriscano la resilienza, ovvero quella capacità di adattamento, di resistenza allo stress e alle avversità, quella abilità che non è solo individuale, ma è data da sinergie di interazione tra capacità personali e relazionali.

Nel campo della tutela all'infanzia questa sfida è ancora più impegnativa poiché si traduce nella necessità di rendere espliciti e chiari i fattori che mettono a repentaglio lo sviluppo, ma anche quelli protettivi che potrebbero sostenerlo, modificando in senso positivo una traiettoria a rischio. Come afferma Di Blasio (2005),

*la resilienza è un processo frutto di interazione complessa dinamica ... risultante dal modo in cui i fattori protettivi si amalgamano e assumono forme dotate di significato.*

Quando si parla di rischio ci si riferisce a eventi interni ed esterni alla famiglia, potenzialmente dannosi e pericolosi, che creano una condizione di maggiore vulnerabilità nel benessere individuale e relazionale.

Dall'osservatorio del sistema dei Servizi risulta che le famiglie maggiormente esposte a rischi di multiproblematicità sono aggregabili entro due aree:

- famiglie che per collocazione strutturale e culturale hanno rapporti discontinui e fragili con il contesto sociale o appartengono a sottoculture isolate o poco integrate. A queste caratteristiche sono collegate relazioni difficili, insoddisfacenti o fallimentari con le istituzioni pubbliche. Si pensi per esempio alle famiglie che esprimono comportamenti devianti collegati a criminalità organizzata o a condivisioni di attività microcriminale diffusa, alle famiglie immigrate da poco o appartenenti a differenti gruppi etnici percepiti come minacciosi (Rom, rumeni, marocchini, ...), alle famiglie che da più di una generazione vivono di pubblica assistenza. In queste situazioni la multiproblematicità è in qualche modo spinta dall'esterno verso l'interno;
- famiglie che presentano al loro interno stili di funzionamento relazionale altamente conflittuali; sono ripiegate su se stesse, imprigionate entro legami che fanno soffrire e di cui tuttavia non si può fare a meno. Si pensi ad esempio alle famiglie pervase da psicopatologie di uno o più membri, alle famiglie abusanti, a quelle con patologie croniche (alcolismo, tossicodipendenza) o con malattie invalidanti, con presenza di handicap, ecc. In queste situazioni la multiproblematicità è spinta dall'interno verso l'esterno.

Alcune famiglie possono rientrare in queste due aree quando sono sottoposte a impegni particolarmente gravosi, sovraccaricate rispetto allo svolgimento delle loro funzioni, e non riescono a chiedere o a trovare supporti, ad esempio le famiglie mono-genitoriali, quelle affidatarie, le adottive.

Particolare attenzione meritano le famiglie multiproblematiche con minori che necessitano di tutela e per le quali l'Autorità giudiziaria richiede un'indagine conoscitiva ed emette provvedimenti di restrizione delle responsabilità genitoriali.



Va ricordato che in molte di queste situazioni i componenti delle famiglie manifestano nella vita quotidiana comportamenti anomali, che vengono rilevati da parenti, vicini di casa, insegnanti, negozianti, eventuali datori di lavoro, medici di base, ...

Nel clima generale di insicurezza, che permea sempre più i vissuti della gente, tutto ciò crea preoccupazioni e inquietudini. Quello che viene percepito come "diverso" da ciò che ci si aspetta o che si vorrebbe, suscita allarme e porta a richiedere tutela e protezione a tutti coloro a cui si attribuiscono in generale queste funzioni: autorità pubbliche, polizia e inevitabilmente anche Servizi. La situazione è tale per cui se si interviene in modo repressivo i problemi si moltiplicano, ma se non si interviene si rischia che le istituzioni in generale e i Servizi in particolare vengano delegittimati.

È inoltre importante non sottovalutare che i condizionamenti relazionali interni alle famiglie tendono a tramandarsi da una generazione all'altra in varie forme (Olivetti Manoukian, 1987).

Il processo evolutivo che la famiglia compie negli anni, attraverso il passaggio da una fase all'altra del proprio ciclo vitale, è un processo di continua ristrutturazione della trama dei rapporti tra i suoi membri (Andolfi, 2003). Vi possono essere eventi di vita che cambiano profondamente le relazioni familiari: la separazione, il divorzio, le malattie invalidanti, la morte, la perdita del lavoro, l'emigrazione, l'integrazione complessa tra culture ed etnie differenti ... possono essere vissuti come traumatici in quanto difficilmente prevedibili e potenzialmente trasformanti la struttura relazionale dei legami.

I legami cambiano col passare del tempo. Haley (1973) è stato uno dei primi terapisti della famiglia a sostenere la correlazione tra nascita del sintomo e difficoltà della famiglia ad adattarsi al passaggio da una fase all'altra del ciclo evolutivo. È importante valutare questi cambiamenti, come essi si siano dipanati da una generazione all'altra e/o come continuo a influenzare i rapporti attuali attraverso le rappresentazioni mitiche, i mandati della famiglia d'origine interiorizzata che spesso cristallizzano le possibilità evolutive.

Il ciclo vitale della famiglia multiproblematica appare cioè con ritmi temporali coartati, "troncati" (Malagola Togliatti, Rocchietta Tofani, 2005) e i passaggi da uno stadio all'altro sono quindi poco definiti; per tale motivo lo sviluppo cognitivo e le abilità individuali possono essere ostacolati.

## **2.1. Famiglie multiproblematiche e Servizi**

Le situazioni familiari descritte come "multiproblematiche" interrogano il funzionamento complessivo dei Servizi in quanto queste famiglie rappresentano degli interlocutori "recalcitranti" agli interventi degli operatori e perché richiederebbero azioni coordinate tra più Servizi e più operatori, modalità di operare che si discostano da quelle abitualmente praticate. Sono anche situazioni che espongono notevolmente il lavoro dei Servizi al giudizio di chi vive loro accanto e di chi opera in altre istituzioni, come la scuola, il Tribunale, gli amministratori locali.

Per quanto complicato, è fondamentale che gli operatori assumano chiaramente la funzione che spetta loro per il mandato istituzionale affidato. Questo è possibile quanto più si riesce a interagire in modo flessibile con le esigenze di controllo dei comportamenti distruttivi delle persone e di sostegno delle risorse che le famiglie stesse esprimono. Per questo è interessante:

- qualificare il più possibile tali situazioni attraverso gli elementi che sono già stati richiamati e con ulteriori indicazioni che permettano di considerare e mettere in luce più chiaramente problemi e obiettivi;
- esplicitare ipotesi di impostazione del lavoro che siano più congruenti rispetto alla complessità delle situazioni familiari;
- individuare nello svolgimento del lavoro alcune evoluzioni ineludibili dal punto di vista sia professionale che organizzativo.

Per riformulare i processi di lavoro è cruciale per gli operatori porsi alcuni interrogativi:

- come distinguere e identificare le famiglie multiproblematiche?
- come i Servizi lavorano con le famiglie multiproblematiche e come potrebbero lavorarci?
- quali passaggi sono richiesti sul piano professionale e organizzativo?

### ***Come identificare le famiglie multiproblematiche?***

La domanda nasce dal fatto che troppo spesso le descrizioni delle famiglie "multiproblematiche" non forniscono informazioni sufficienti alla comprensione delle situazioni. Si sottolineano e si richiamano aspetti e fattori che tendono a caratterizzare le famiglie stesse, a classificarle e a diagnosticarle, probabilmente facendo riferimento a un'impostazione "medica", finalizzata al trattamento di patologie. Questo risulta poco efficace ai fini operativi, perché in un'ottica "diagnostica" si è inevitabilmente indotti a rilevare carenze, debolezze, devianze, distorsioni (di tipo sia sociale che individuale), più che a ricercare risorse intese come "leve" che possano favorire le capacità evolutive e autoriparative della famiglia.

In questo senso la raccolta e la valutazione degli elementi relativi alla famiglia dovrebbero avvenire in maniera dinamica e processuale, evitando rappresentazioni statiche ed etichette diagnostiche rigide.

Per acquisire elementi conoscitivi più efficaci ai fini dell'intervento, sembra consigliabile cercare di capire come le famiglie si collocano rispetto ai problemi che le travagliano e rispetto ai Servizi a cui si rivolgono o a cui vengono mandate.

La considerazione delle relazioni è centrale, perché questa è l'area più suscettibile di modificazioni e di evoluzioni e permette di favorire anche rapporti più positivi delle famiglie con i Servizi.

### ***Come i Servizi lavorano con le famiglie multiproblematiche e come potrebbero lavorarci?***

Si tratta di pensare al compito dei Servizi sociosanitari non tanto in termini di controllo sociale, ma piuttosto come sostegno all'assunzione delle funzioni genitoriali e al recupero delle potenzialità rintracciabili nelle famiglie. In quest'ottica è importante porre l'accento più sugli aspetti che funzionano e possono attivare la resilienza delle persone che sui limiti, anche al fine di ridurre il rischio di creare forme di dipendenza assistenzialistica.

Si rileva infatti che le modalità di lavoro tradizionalmente utilizzate nei Servizi non sono sufficientemente funzionali alla complessità delle situazioni delle famiglie multiproblematiche. Esse fanno riferimento a metodologie professionali collaudate, collegate a diverse specializzazioni e a diversi orientamenti (per esempio, sistemico o psicoanalitico, organicistico o relazionale, ...) e anche a diverse collocazioni istituzionali e posizioni culturali maturate nel corso degli anni. Queste modalità di lavoro si sono consolidate e stratificate spesso grazie al contributo di professionisti particolarmente preparati, di supervisioni durate anni, di figure carismatiche che le hanno promosse. Raramente sono state frutto di scelte fondate su elaborazioni di dati, discusse, motivate, periodicamente riattualizzate e condivise con nuovi colleghi, in modo da diventare pratiche di Servizio.

Talvolta all'interno dello stesso Servizio si giustappungono interventi dello psicologo, dell'assistente sociale, dello psichiatra e dell'educatore, in modo che ogni operatore ha un rapporto duale con l'utente, in cui segue e persegue specifiche linee operative senza confrontarsi con i colleghi.

Le famiglie multiproblematiche sono utenti che si sottraggono agli interventi specialistici, sono insofferenti rispetto a interazioni duali e dissimetriche all'interno delle quali si possono sentire giudicati come inadeguati. In particolare queste famiglie tendono a non prendere contatto con le problematiche che stanno vivendo e rifiutano i rimandi "diagnostici" che vengono offerti dagli operatori. Si sentono etichettate come pazienti, ma non riescono a riconoscersi in questa definizione perché non corrisponde all'immagine che hanno di sé.

È necessario quindi che le modalità comunicative utilizzate nell'ingaggio della famiglia tengano conto del livello culturale e delle appartenenze sociali dei suoi membri, nonché degli stili relazionali prevalenti.

In generale non è particolarmente diffusa nei Servizi sociosanitari la presenza di procedure di intervento rivolte alle famiglie multiproblematiche. In qualche realtà territoriale è avvenuto un confronto tra psicologi consultoriali, educatori e assistenti sociali del Servizio sociale, finalizzato a una definizione diagnostica e di presa in carico di tutta la casistica che vede il coinvolgimento dei due Servizi. In altre realtà si sono consolidate prassi operative inter-Servizi che incrociano il tema della famiglia multiproblematica nelle fasi di accesso e di presa in carico ma non coinvolgono tutti i Servizi. Si tratta tuttavia di iniziative limitate ai singoli ambiti locali.

A questo punto sembra opportuno e ragionevole imboccare altre strade e in particolare sperimentare modalità di lavoro che vanno ricostruite sul campo da operatori di diverse professionalità i quali, collocati entro uno stesso Servizio o in diversi Servizi, riconoscono di non poter realizzare alcun intervento efficace se non interagiscono e comunicano con i colleghi a vario titolo implicati o chiamati in causa.

Possono così costituirsi dei gruppi di lavoro temporanei (*team* che si potrebbero considerare come *task force*) che si aggregano facendo riferimento a un quadro piuttosto ampio di ipotesi in cui possono convergere orientamenti teorici e metodologici differenti. Tale lavoro è sostenuto da un consistente e comune investimento in azioni conoscitive, ovvero in iniziative rivolte prima di tutto a capire comportamenti e atteggiamenti dei vari membri delle famiglie, osservabili da diversi punti di vista.

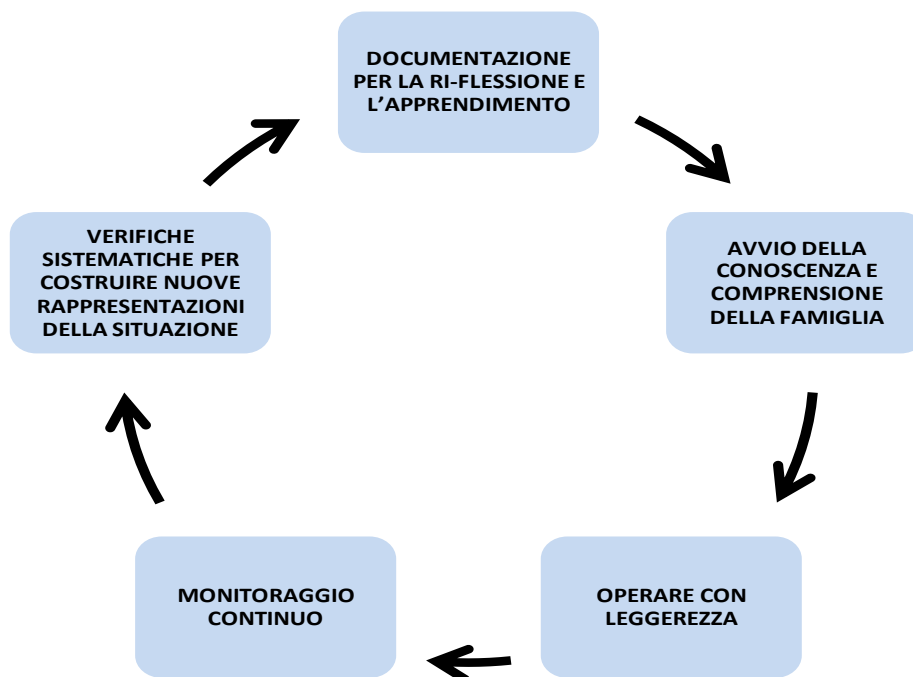
Va sottolineato che la conoscenza non è finalizzata a "diagnosticare", ma a identificare via via degli appigli, degli spiragli di apertura a cui agganciarsi per spostare il più dolcemente possibile la famiglia nei suoi rapporti con i problemi e con i Servizi. Paradossalmente, quanto più il quadro familiare appare gravemente e pesantemente condizionato, tanto più è consigliabile operare con delicatezza, dedicando tempo, energie e competenze alla comprensione di ciò che può essere accettato e utilizzato dalla famiglia, evitando azioni autoritarie e impositive.

Per operare in quest'ottica si tratta di istituire dei dispositivi *ad hoc* che consentano un monitoraggio continuativo delle vicende familiari, delle iniziative che i membri della famiglia intraprendono rispetto all'abitazione, al lavoro, alla scuola o ad altre istituzioni pubbliche e private, ai contatti che hanno con parenti e professionisti.

Questo lavoro prevede inoltre tempi e spazi per confronti e verifiche sistematiche tra operatori, non solo per scambiarsi informazioni, ma soprattutto per costruire nuove, più attendibili e circostanziate rappresentazioni della situazione familiare, di ciò che in essa può essere risorsa positiva per modificare i rapporti con i problemi e con i Servizi. In questo modo si producono, nel corso del tempo, elaborazioni che consentono di sperimentare azioni più mirate che vanno verificate per assumere altre iniziative pertinenti ai *feedback* della famiglia.

Il percorso di conoscenza → azione → conoscenza che si svolge con la famiglia va opportunamente documentato per diventare materiale utile di riflessione e di apprendimento per i singoli operatori e base su cui sviluppare indicazioni metodologiche più collaudate per il funzionamento organizzativo e operativo del Servizio.

**Figura 1.** Funzionamento del gruppo di lavoro temporaneo



## 2.2. Quali passaggi sono richiesti sul piano professionale e organizzativo?

Porsi questa domanda significa da parte del *team* pensare a cambiamenti sia sul piano professionale, sia rispetto alle modalità organizzative con cui normalmente si opera.

Per riuscire a realizzare un buon lavoro con le famiglie multiproblematiche, per gli operatori diventa quindi ineludibile ricercare e sollecitare evoluzioni nell'operatività e nell'organizzazione che esigono investimenti conoscitivi e "de-costruzioni" dei modi di pensare e di operare abitualmente adottati e praticati. Esigono altresì modificazioni delle rappresentazioni acquisite per orientarsi in un percorso di scoperta e di sperimentazione.

In particolare dal punto di vista professionale sono richiesti spostamenti che si collocano anche sul piano epistemologico e che vengono schematicamente richiamati in Tabella 1. Analogamente, sul piano organizzativo, vanno con pazienza e tenacia perseguiti degli spostamenti, rappresentabili come in Tabella 2.

Per individuare modalità di lavoro più efficaci con le famiglie multiproblematiche non basta tuttavia identificare delle direzioni entro cui ri-collocare l'attività. Riferirsi a degli orientamenti e a dei criteri su cui re-impostare gli interventi è necessario ma non sufficiente per permettere agli operatori di rivedere e modificare le proprie pratiche professionali. Si tratta di entrare più direttamente in contatto con le realtà delle famiglie e di indicare più specificamente che cosa permette di introdurre nuove visioni dei problemi e nuove strategie di intervento.

Nelle pagine che seguono sono raccontate storie di famiglie incontrate durante il percorso formativo. Rileggendo queste vicende si sono "visti" possibili modi diversi di caratterizzare e differenziare le famiglie e di pensare e realizzare interventi più pertinenti per la gestione delle loro difficoltà.

**Tabella 1.** Lavorare "su" → lavorare "con"

<b>DA</b>	<b>→</b>	<b>A</b>
lavorare su	→	lavorare con
impegno rivolto a individuare e formulare diagnosi il più possibile compiute e documentate, accertate e affidabili	→	valorizzazione di conoscenze parziali e provvisorie che mettano in luce degli "appigli" a cui agganciarsi per intercettare comunicazioni possibili con qualche membro della famiglia
investimento prevalente nel verificare patologie e anomalie	→	ricerca caparbia e tenace di che cosa costituisce risorsa ed elemento costruttivo per modificare le idee rispetto ai problemi
applicazione di un metodo di trattamento dei singoli soggetti	→	ricognizione e valorizzazione dei rapporti esistenti all'interno della famiglia e degli atteggiamenti nei confronti di operatori e Servizi
ribadire e riaffermare i ruoli professionali e le competenze formalmente attribuite	→	accettazione e sollecitazione di permeabilità e "trasgressioni" di confini in funzione dei segnali che arrivano dalla famiglia
attestarsi su attese di <i>compliance</i> da parte della famiglia (che, se non collabora, non può essere trattata efficacemente)	→	orientamento dinamico caratterizzato da strategie ( <i>escamotage</i> , stratagemmi accorgimenti comunicazionali, ...) in grado di sollecitare la fiducia della famiglia

**Tabella 2.** Lavorare "su" → lavorare "con"

<b>DA</b>	<b>→</b>	<b>A</b>
divisione del lavoro nel Servizio fondata sulle competenze formali e sulle qualifiche professionali (tendenziale burocratizzazione)	→	organizzazione interna nella quale vengono riconosciute le competenze relazionali presenti nei diversi ruoli (acquisizione di flessibilità)
dare per scontati gli obiettivi tanto da rimanere inespressi ed interpretati diversamente dai diversi professionisti	→	assunzione da parte di ciascun Servizio di obiettivi espliciti e di una metodologia che preveda un coordinatore responsabile del caso e verifiche sistematiche con valutazione degli esiti.
sequenze lineari di prestazioni	→	processi di lavoro circolari.
modalità dominate da inerzie e omissioni di scambi tra professionisti e dalla convinzione che diversi interventi si connettano più o meno automaticamente o naturalmente	→	attivazione di tempi e spazi di ricomposizione e verifica: da qui infatti emergono nuove comprensioni, nuove ipotesi di intervento, si individuano nuove opportunità e nuove risorse utilizzabili nel rapporto con le famiglie multiproblematiche





### 3. Storie di famiglie

Le storie sono state raccolte da alcuni professionisti<sup>4</sup> che operano nei Servizi sociosanitari della provincia di Bologna e sono state presentate durante i seminari realizzati all'interno del percorso di formazione sul tema del lavoro con le famiglie multiproblematiche.

Le famiglie di Linda, Gianni, Julia e Gamal sono state oggetto di analisi durante il laboratorio formativo: su ciascuna ci si è confrontati tra operatori di diversa professionalità e di vari Servizi, sono state messe a fuoco differenti rappresentazioni, sono state ricomposte informazioni e criteri di apprezzamento dei movimenti delle famiglie e degli interventi via via realizzati.

Le descrizioni di queste storie familiari sono sintetiche e sono ricostruite in chiave cronologica, con un linguaggio molto simile a quello che si ritrova nelle cartelle raccolte e custodite presso i Servizi: si tratta di narrazioni più attente ai fatti che alle elaborazioni, più centrate sugli episodi e sul dipanarsi dei rapporti fra protagonisti - famiglie e operatori.

Nell'ultima parte sono annotate le indicazioni che sono emerse dai confronti e dalle rielaborazioni raggiunte nei seminari e le azioni messe in campo in un'ottica processuale che ha dato esiti positivi.

---

<sup>4</sup> Le storie sono state presentate da:  
Alba Marziani, psichiatra Azienda USL di Bologna;  
Francesco Mercuri, educatore Azienda USL di Bologna;  
Flavia Russillo, psichiatra Azienda USL di Bologna;  
Mirella Errante, psicologa Azienda USL di Bologna;  
Daniela Romanelli, psicologa Azienda USL di Bologna;  
Simona Sarti, assistente sociale Azienda USL di Bologna;  
Alberto Carmona, Comune di Bologna;  
Francesca Cevenini, Comune di Bologna.

### 3.1. La famiglia di Linda

La famiglia di Linda è composta dalla paziente di 38 anni, da una sorella maggiore di due anni, che vive in un'altra regione ed è scarsamente coinvolta nelle vicende familiari e dai genitori, entrambi pensionati.

Linda è in carico ai Servizi psichiatrici territoriali di Bologna dal 1997 per disturbo *borderline* di personalità e al SerT per un problema di dipendenza da alcol e sostanze psicoattive.

Dall'anamnesi si evince che Linda durante l'infanzia ha subito un abuso da parte del padre di un'amica di scuola. All'età di 14 anni presenta i primi sintomi di anoressia, che portano a un ricovero urgente in ospedale e all'immediata presa in carico da parte dei Servizi territoriali di neuropsichiatria infantile.

Linda continua comunque il suo percorso scolastico, iscrivendosi all'Istituto d'arte.

A metà del secondo anno decide di ritirarsi, forse in relazione ad un forte vissuto di inadeguatezza nel confronto con i pari e di scarsa autostima.

In questo periodo inizia a fare uso di cannabinoidi. Riesce comunque a diplomarsi privatamente come assistente di comunità infantili.

All'età di 18 anni conosce due ragazzi che l'avviano alla prostituzione.

A 23 anni comincia a fare uso di eroina e inizia una relazione significativa con un ragazzo tossicodipendente.

Dopo qualche tempo entrambi decidono di intraprendere un percorso di cura ed entrano in un comunità terapeutica residenziale per coppie tossicodipendenti. Dopo due mesi, a causa di una ricaduta, abbandonano la comunità e iniziano un trattamento farmacologico ambulatoriale con metadone. Raggiunta una buona stabilità emotiva, in seguito a un ricovero richiesto spontaneamente, Linda viene inserita in borsa lavoro presso una Cooperativa sociale che opera nel settore ceramico e coinvolge pazienti psichiatrici e tossicodipendenti in percorsi di cura. Nonostante la frequenza al lavoro sia sempre stata discontinua, dopo qualche tempo Linda viene assunta come socia.

In questo contesto emerge come determinante la figura della responsabile della Cooperativa \_\_\_\_\_, diventata punto di riferimento ed elemento di mediazione per i genitori e identificata al pari di una "mamma vicaria" da Linda, che dopo breve tempo le ha chiesto di diventare sua figlia adottiva.

Nel 2004 Linda e i genitori si trasferiscono in un piccolo paese di provincia, acquistando due appartamenti contigui. Linda inizia a convivere con il fidanzato tossicodipendente e insieme riprendono l'uso di sostanze.

Il rapporto con i genitori è caratterizzato dalla ricerca costante di accudimento, poi rifiutato, perché percepito come eccessivamente intrusivo. Dal canto loro i genitori, in continuo conflitto di coppia, si sentono inadeguati e impotenti, e spesso la salute di Linda è oggetto di triangolazioni.

Il padre mostra una grande fragilità emotiva che lo porta ad essere preso in carico da parte del Centro di salute mentale territoriale per depressione. La madre mostra un carattere apparentemente forte e distaccato.

Nel 2006, in seguito all'uso protratto di sostanze, viene proposto a Linda l'inserimento presso un Centro di osservazione e diagnosi, con l'obiettivo di interrompere l'uso di sostanze ed effettuare un'osservazione clinica in ambiente protetto, ma Linda abbandona precocemente la struttura, sostenuta dal fidanzato e dalla madre i quali, contravvenendo alle regole comunitarie, non le hanno permesso la distanza necessaria per l'autonomia.

Nel 2007 viene effettuato un ricovero presso il Servizio psichiatrico diagnosi e cura per stabilizzare la situazione psicopatologica e successivamente vengono tentati vari inserimenti presso comunità per tossicodipendenti, risultati sempre fallimentari.

Nel frattempo i genitori mettono in atto vari tentativi di separazione, il padre si trasferisce nell'appartamento della figlia, mentre Linda riprende il lavoro presso la Cooperativa sociale e viene inserita in un appartamento protetto del Centro di salute mentale, con l'obiettivo di sperimentare le sue capacità di autogestione.

La permanenza nell'appartamento rivela la sua scarsa autonomia, Linda fa uso di alcolici, forse di metadone, perde progressivamente peso per cui il Centro di salute mentale, nel 2009, propone un ricovero che dura quattro giorni.

Dopo varie peripezie, ricoveri, inserimenti in comunità e fughe, Linda inizia a frequentare un altro ragazzo con il quale va presto a convivere. La nuova relazione porta a "una sorta di stabilità" e Linda riesce a vivere il rapporto di coppia diminuendo gli agiti pericolosi: il bere diventa moderato, sospende l'uso dei cannabinoidi, ha un approccio al lavoro più adeguato.

Il Servizio di salute mentale e il SerT decidono di "formalizzare" lo spazio di confronto e di progettazione a cadenza mensile, coinvolgendo anche la responsabile della Cooperativa, i genitori e progressivamente anche la paziente.

È a questo punto che gli operatori del SerT e del Centro di salute mentale decidono di presentare il caso al corso di formazione sulle famiglie multiproblematiche.

***Le difficoltà espresse dagli operatori riguardano principalmente:***

- il reiterarsi dei fallimenti dei progetti di cura che hanno sempre avuto l'obiettivo di portare Linda all'individuazione e all'autonomizzazione dal nucleo familiare d'origine;
- i limiti dei genitori a farsi carico in maniera congiunta e non conflittuale della relazione con la figlia, con il conseguente progressivo atteggiamento di delega ai Servizi.

***Le indicazioni emerse dalle analisi e dai confronti nel percorso formativo:***

- allentare le azioni di controllo su Linda da parte dei Servizi;
- responsabilizzare e dare fiducia ai componenti della famiglia;
- utilizzare uno stile relazionale meno normativo;

- proseguire e intensificare il lavoro di *team* tra Servizi (Centro di salute mentale, SerT).

***Esiti trasformativi rilevati nel tempo:***

- Linda ha ripreso, anche se in modo discontinuo, il lavoro nella Cooperativa sociale;
- ha iniziato una nuova convivenza con un ragazzo, verso il quale ha instaurato una forte dipendenza;
- gestisce autonomamente la terapia farmacologica;
- la famiglia ha ridotto notevolmente le richieste ai Servizi;
- i genitori hanno iniziato a frequentare con regolarità i gruppi di auto-aiuto organizzati dai Servizi e dalle associazioni e sono stati inseriti in programmi psicoeducazionali di coppia;
- il padre assume regolarmente una terapia farmacologica.

### 3.2. La famiglia di Gianni

Gianni e Maria sono una coppia in carico ai Servizi territoriali da numerosi anni: lui per un grave problema di tossicodipendenza, lei per un disturbo *borderline* di personalità.

Gianni ha iniziato il suo rapporto con le sostanze all'età di 16 anni, fumando cannabis, per passare, dopo un anno, all'uso di eroina.

Nello stesso anno viene arrestato e trasferito nel carcere minorile. A questo episodio faranno seguito altre carcerazioni, intervallate da brevi periodi di inserimento in comunità terapeutica e sporadiche ricadute nell'uso di eroina e benzodiazepine.

Nell'autunno del 2003 Gianni conosce Maria e inizia una relazione con lei. Dopo circa un anno Maria rimane incinta e la coppia avvia la convivenza presso l'abitazione della sorella di lei.

Nel 2004 nasce Giulio, riconosciuto soltanto dalla madre. Il bambino viene immediatamente preso in carico dal Servizio sociale minori a causa della precaria situazione dei genitori.

Dopo qualche tempo Gianni ricade nell'uso di eroina e viene allontanato dall'abitazione. È seguito dall'Unità mobile - Servizio a bassa soglia di accesso - del Comune di residenza e viene poi inserito in una struttura di accoglienza per persone con forte disagio sociale. Successivamente torna a vivere con Maria in un nuovo appartamento, inizia un lavoro a tempo pieno come muratore e assume terapia sostitutiva con metadone a mantenimento, presso il SerT.

Nel 2007 Maria, in seguito al peggioramento della condizione psichica, viene ricoverata e il Tribunale per i minorenni decreta l'affidamento etero-familiare per Giulio. Dopo circa un mese iniziano gli incontri protetti madre-figlio, a cadenza settimanale.

Nel mese di giugno Maria, sola in casa, mette in atto un tentativo di suicidio.

Dopo un periodo di riabilitazione, durante il quale gli incontri con il figlio vengono sospesi, Maria viene inserita in una comunità madre-bambino e incontra nuovamente Giulio.

Nel 2008 Gianni riconosce legalmente il figlio, che acquisisce così il cognome del padre.

Il Servizio sociale propone un progetto che prevede il progressivo riavvicinamento del bambino ai genitori, attraverso la realizzazione di incontri sempre più frequenti, inizialmente protetti, e il sostegno psicologico dei genitori presso il Consultorio familiare. Il percorso si conclude a settembre 2009 con il rientro di Giulio nella famiglia di origine. A novembre Maria inizia a lavorare in un *call center*.

In aprile 2010 Gianni va in cassa integrazione, ma nonostante i problemi economici pressanti, la coppia decide di sposarsi e si trasferisce in un altro comune.

Durante una vacanza la coppia litiga furiosamente; Maria, spaventata dalla forte aggressività del marito, entra in crisi tanto da richiedere un ricovero. Gianni si oppone fermamente e decide di affidare temporaneamente Giulio alla famiglia di appoggio, provvedimento formalizzato dal Servizio sociale.

Nel gennaio 2011, vista l'impossibilità della famiglia affidataria di continuare l'affido, il Servizio sociale propone l'inserimento di Maria e Giulio in una struttura madre-bambino; Maria, dopo una prima incertezza, si dichiara favorevole alla proposta.

Gli operatori dei Servizi coinvolti decidono di presentare la situazione nel corso di formazione sulle famiglie multiproblematiche.

***Le difficoltà espresse dagli operatori riguardano principalmente:***

- la forte ambivalenza nella richiesta: la coppia chiede aiuto nella gestione del figlio ma fin dai primi incontri Maria cerca di attirare l'attenzione su di sé e sulle difficoltà coniugali;
- il clima di forte instabilità che la coppia riesce a creare, attraverso molti "agiti" e triangolazioni, che spesso portano operatori e Servizi ad entrare in conflitto;
- la difficoltà a ri-connettere e integrare i diversi punti di vista dei servizi coinvolti: Servizio sociale minori, Centro di salute mentale, Consultorio e SerT.

***Indicazioni emerse dal percorso formativo:***

- identificare e rappresentare in forma esplicita i problemi che travagliano la famiglia, individuando obiettivi su cui lavorare a breve, medio e lungo termine;
- individuare strategie che favoriscano una maggiore collaborazione della coppia e sostengano il padre per renderlo maggiormente protagonista del progetto di cura;
- ricostruire la rete dei Servizi che si occupano della famiglia e individuare una "regia" con funzioni di "collettore".

***Esiti trasformativi rilevati nel tempo:***

- la coppia è riuscita a chiedere aiuto ai Servizi rispetto alle difficoltà economiche. Si è evidenziata una forte resistenza alla messa in discussione delle proprie competenze relazionali intra-familiari e nel rapporto con i Servizi;
- Gianni è diventato più collaborante rispetto al suo progetto di cura: accetta il contenimento offerto dal SerT, presentandosi regolarmente agli appuntamenti e sottoponendosi agli esami tossicologici;
- si rileva un cambiamento nella richiesta di aiuto: dalle problematiche economiche a quelle sanitarie.

### 3.3. La famiglia di Giulia

La famiglia è composta da Giulia, i suoi due figli Nicola di 7 anni e Giovanni di 4, la mamma Maria, il compagno della mamma, Giacomo.

Giulia e la madre sono originarie del Sud America, mentre Giacomo è di origine campana.

Giovanni è seguito dalla Neuropsichiatria infantile per importanti deficit fisici e un ritardo cognitivo. Anche Nicola, considerato "il problema della famiglia" per la sua iperattività, lo scarso rendimento scolastico e l'aggressività, soprattutto nei confronti della madre, viene preso in carico dalla psicologa della Neuropsichiatria infantile.

Giulia presenta forti resistenze a portare anche Nicola al Servizio, pur dichiarandosi d'accordo con la madre rispetto alla necessità di chiedere aiuto.

A seguito della consultazione psicologica per Nicola, vengono attivati strumenti di sostegno scolastico attraverso la Legge 104/92, e un supporto psicologico.

Nella primavera 2009, Giulia appare depressa, trascorre gran parte della giornata a letto e non riesce ad accudire i figli, che reagiscono in maniera aggressiva sia verbale che fisica. Non riesce a separarsi dai bambini che di notte dormono nello stesso letto della madre.

Giulia, riconoscendo il proprio malessere, si rivolge al Centro di salute mentale per essere presa in cura.

Ai primi due appuntamenti con la psichiatra si presenta, senza invito, anche sua mamma, Maria. Durante i colloqui, Maria tende a sostituirsi alla figlia che mantiene un atteggiamento di assoluta passività. Nel colloquio individuale Giulia espone una drammatica storia di traumi e violenze.

Le viene prescritta una terapia farmacologica e proposto un ulteriore percorso di sostegno psicologico. Viene inoltre attivato un educatore per aiutarla nella ricerca del lavoro, esigenza che lei sente molto forte.

Dalla storia familiare emerge un groviglio di vissuti molto dolorosi che segna la relazione tra madre e figlia. Ad ogni seduta la psicologa e la psichiatra sperimentano emozioni spesso contrapposte e rimangono colpite dall'apparente indifferenza con cui vengono raccontate esperienze drammatiche. Risulta comunque molto difficile affrontare queste tematiche, in quanto la partecipazione agli appuntamenti non è costante.

Il Centro di salute mentale, dopo avere tentato più volte di ristabilire un contatto con Giulia, si interroga sulla metodologia di lavoro, decidendo di ripensare il progetto complessivo.

La psichiatra e la psicologa decidono di coinvolgere madre e figlia in un unico progetto di sostegno rispetto alla gestione dei figli.

Giulia non assume i farmaci con regolarità e non ha utilizzato l'educatore per il progetto lavorativo. Nonostante una maggiore integrazione degli interventi e dei professionisti, oltre che una migliore comunicazione tra i vari Servizi coinvolti, gli interventi non riescono a incidere in modo significativo sul disagio della famiglia.

Questa è la situazione al momento in cui si decide di portare il caso nel corso di formazione sulle famiglie multiproblematiche.

***Le difficoltà espresse dagli operatori riguardano principalmente:***

- il rapporto discontinuo con i Servizi, caratterizzato da continue lamentele;
- la convivenza di diverse generazioni, di nuclei con confini generazionali spesso confusi;
- le funzioni genitoriali che vengono svolte ora da Giulia, ora dalla madre, ora dal compagno della madre;
- la storia familiare - segnata da situazioni traumatiche, lutti, violenze - attiva negli operatori forti vissuti emotivi, spesso contrapposti.

***Indicazioni emerse dal percorso formativo:***

- coinvolgere Giacomo, il compagno della nonna, importante punto di riferimento per il nucleo nel progetto terapeutico;
- individuare più specificamente le competenze relazionali significative all'interno della famiglia, tenendo presente "indizi" e segnali precedentemente non considerati;
- ridefinire ruoli e competenze genitoriali con la collaborazione del Servizio sociale minori.

***Esiti trasformativi rilevati nel tempo:***

- è emerso il forte legame tra Giulia e Giacomo, che ha favorito la responsabilizzazione di quest'ultimo nel garantire continuità alla terapia farmacologica. Giulia autonomamente trova lavoro come badante a tempo pieno e si impegna per ottenere una casa popolare;
- l'esperienza lavorativa la tranquillizza e la gratifica, trascorre in famiglia brevi periodi ancora carichi di tensione nei confronti dei bambini. Dopo avere concluso il contratto di lavoro, trova un altro impiego. Con i soldi guadagnati orgogliosamente arreda la stanzetta dei figli che finalmente hanno un letto proprio. Nicola colma parte delle difficoltà scolastiche con risultati apprezzabili, evidenziati dai test, e tutta la famiglia si trasferisce in un paese meno isolato e dotato di più Servizi;
- la nonna si rende disponibile ad aiutare la figlia e i nipoti in modo più autentico.

I cambiamenti in atto portano le operatrici a delineare alcune ipotesi di lavoro. Giulia appare in grado di tollerare situazioni di lavoro disagiate e impegnative, ma non sembra disporre di risorse sufficienti per la gestione autonoma dei figli. Vengono pertanto attivati i Servizi sociali per la predisposizione di un progetto di tutela dei bambini che preveda anche un impegno formale da parte della nonna e del compagno di questa nella gestione dei nipoti.

La nonna, nel tempo, si è mostrata capace di rimodulare parzialmente le aspettative nei confronti della propria figlia, riconoscendo i limiti del proprio rapporto con lei.

Nicola esprime buone capacità di recupero delle funzioni strumentali sul piano cognitivo, anche se presenta problemi emotivi rilevanti.



### ***Successive evoluzioni***

Giulia e Maria:

- trovano una casa più spaziosa e più comoda e il trasloco è imminente;
- accettano di incontrare il Servizio sociale minori;
- Giulia ha un contratto di lavoro per la stagione estiva sul litorale romagnolo e avvia una prudente relazione sentimentale con un coetaneo. Inoltre decide che, al termine dell'esperienza lavorativa, andrà a vivere con un'amica in un appartamento vicino a quello della sua famiglia;
- la madre e il suo compagno definiscono un progetto di affido dei nipoti, che prevede limiti molto netti nei tempi e nei modi di incontro di Giulia con i propri figli.

### **3.4. La famiglia di Gamal**

La famiglia di Gamal, originaria del Marocco, è composta dal padre Aziz di 50 anni, dalla madre Amina di 34, Gamal di 16 nato in Marocco, Jasmine di 11 e Feten di 10, entrambe nate in Italia.

Aziz è arrivato in Italia circa 20 anni fa, alla ricerca di un lavoro. Ha trovato facilmente un'occupazione come operaio, senza però mai integrarsi nel tessuto sociale: non è riuscito a imparare l'italiano, mantenendo un atteggiamento di isolamento e chiusura nei confronti dell'esterno e un fortissimo legame con la propria cultura di appartenenza.

Amina ha raggiunto il marito sette anni dopo, in seguito alla richiesta di ricongiungimento familiare, portando con sé il figlio Gamal. Amina si è inserita con maggiore facilità, riuscendo a costruire buone relazioni con l'esterno e iniziando a lavorare come colf presso una famiglia.

I primi contatti con il Servizio sociale del Comune sono avvenuti nel 1997 in seguito all'emergere di problemi economici e abitativi. Aziz, con il proprio stipendio non era in grado di provvedere al sostentamento della moglie e del figlio, inoltre era necessario trovare una sistemazione abitativa più adeguata alle esigenze del nucleo.

Il Servizio sociale ha deciso di intervenire allora sulla situazione economica, erogando dei contributi e inserendo la famiglia in un alloggio provvisorio con altre famiglie immigrate, e successivamente in un alloggio Acer. Questi interventi sono risultati determinanti nel favorire una sorta di riscatto sociale e un miglioramento tangibile della qualità e delle condizioni di vita della famiglia.

Il padre è tuttavia vittima di episodi di discriminazione sul luogo di lavoro e rinforza l'atteggiamento di rigida chiusura verso l'esterno, mentre la moglie sembra più aperta e interessata a intrattenere rapporti con il contesto.

Dal 2004, in considerazione del miglioramento delle condizioni economiche e dell'assegnazione del nuovo alloggio, l'assistenza economica è stata sospesa e la famiglia ha interrotto i rapporti con il Servizio sociale.

Nel 2008 la famiglia è tornata in modo dirompente all'attenzione dei Servizi, con la pre-adolescenza di Gamal. I genitori sono stati ripetutamente chiamati dalla scuola per i comportamenti devianti del figlio, accusato anche di furto. In quell'occasione Gamal ha rivelato agli insegnanti di essere vittima di maltrattamenti in famiglia. La polizia è intervenuta collocando il ragazzo in una comunità e segnalando la situazione alla Procura ordinaria e alla Procura presso il Tribunale per i minorenni.

I Servizi, anche su mandato del Tribunale per i minorenni, hanno deciso di attivare un percorso di osservazione e valutazione delle dinamiche in merito alla segnalazione di maltrattamento.

A seguito della valutazione, i Servizi si sono posti l'obiettivo di restituire competenza ai genitori di Gamal, portatori di un forte vissuto di inadeguatezza e di colpa rispetto alle proprie funzioni genitoriali.

Mentre si compiva questo percorso in famiglia, Gamal in comunità maltrattava un coetaneo e, a seguito di una denuncia, veniva attivato il circuito penale minorile.

Il lavoro dei Servizi è proseguito con l'attivazione di colloqui periodici tra l'assistente sociale e il padre, finalizzati a sostenere la funzione genitoriale. Contemporaneamente sono stati avviati un'attività di sostegno alla madre e una serie di interventi per Gamal (sostegno educativo, laboratorio relativo al corpo e alle emozioni, supporto al percorso scolastico).

Nel rapporto con i Servizi, la famiglia si è sempre dimostrata collaborante, in particolare la madre ha mostrato risorse e disponibilità al cambiamento. Si è affidata ai Servizi e ha rivelato all'educatrice che il marito, in passato, ha abusato di alcol, riuscendo poi a risolvere da solo questo problema.

Aziz sembra disponibile, ma più povero di risorse, con notevoli difficoltà a rappresentarsi i problemi, incapace di mantenere gli impegni assunti nel lungo periodo, meno aperto al cambiamento.

Gamal, emigrato di seconda generazione, sembra avere assunto su di sé la multiproblematicità della sua famiglia unita e divisa nella negazione del problema che lui stesso ha portato alla luce.

Dopo una fase di maggiore stabilità della situazione, durante il quale Gamal è stato inserito per un periodo in un centro socio-educativo e ha ripreso a frequentare regolarmente la scuola con buoni risultati e a integrarsi col gruppo dei pari, compaiono nuovamente segnali che attivano la preoccupazione della madre e dei Servizi.

È in questo momento che gli operatori decidono di presentare il caso al corso di formazione sulle famiglie multiproblematiche.

Attraverso la discussione e la rielaborazione è emersa l'ipotesi che i comportamenti devianti di Gamal siano funzionali al mantenimento dell'unione familiare; per contro la frammentazione degli interventi messi in atto dai Servizi sembra sostenere la tendenza opposta, moltiplicando gli interventi individualizzati. Gamal sembra portare su di sé le difficoltà di integrazione tra la cultura d'origine del nucleo e quella di appartenenza attuale, che egli vive come una sorta di conflitto di lealtà.

***Indicazioni emerse dal percorso formativo:***

- lavorare sul sotto-sistema fratelli, togliendo Gamal dalla posizione di paziente designato;
- rivolgere il sostegno educativo e relazionale alla coppia genitoriale;
- proseguire il percorso formativo per il ragazzo.

***Esiti trasformativi rilevati nel tempo:***

- le riflessioni all'interno del gruppo formativo hanno favorito una lettura più ampia del gioco relazionale della famiglia e hanno consentito di ridurre la frammentazione degli interventi;
- sono state individuate strategie operative più integrate e maggiormente rispettose della complessità delle problematiche culturali e relazionali del nucleo.

Nelle storie fin qui descritte si può notare come attraverso un'attenta riconsiderazione delle risorse presenti nelle situazioni familiari - risorse anche potenziali che spesso non emergono finché non vengono "scovate" - e attraverso interventi collegati e coordinati tra operatori, si possa arrivare, anche in situazioni caratterizzate da gravi difficoltà psichiche e relazionali, ad evoluzioni positive: assetti di vita più autonomi e vivibili, accrescimento di capacità e competenze di alcuni membri della famiglia, inserimenti sociali più adeguati alle attese del contesto, appoggi limitati da parte dei Servizi.

Le famiglie delle storie che seguono presentano le modalità che più mettono a dura prova le capacità di approccio e di intervento dei Servizi in quanto risultano particolarmente frammentate, cristallizzate e chiuse entro schemi di comportamento ripetitivi. Per intervenire è particolarmente utile, fin dai contatti iniziali, dai primi movimenti che le famiglie fanno nei confronti dei Servizi, identificare e distinguere gli elementi che le caratterizzano. Queste storie permettono di mettere in luce alcune modalità peculiari che le famiglie utilizzano in rapporto ai problemi che travagliano la loro vita e gli stili di comunicazione che esse mettono in atto con i Servizi e con gli operatori.

### **3.5. La famiglia di Mara e Fabio**

Mara, madre di Fabio, è una donna molto sofferente che vive con la propria famiglia d'origine in un grande appartamento assegnato dal Comune. La nonna di Fabio è analfabeta e si è sempre occupata della gestione della casa e del bambino, svalutando la figlia e sostituendosi a lei.

Il nonno - alcolista cronico - e la nonna hanno sempre ingaggiato liti furibonde anche davanti al bambino.

Mara è in carico al Servizio di salute mentale per problemi di ritiro depressivo.

In casa con loro fino alla nascita di Fabio vivevano una delle sorelle di Mara e il cognato, persona aggressiva, violenta che si impone e entra in conflitto con la nonna e il loro figlio, poco più grande di Fabio.

Fabio alla nascita è riconosciuto esclusivamente dalla madre, in quanto essa darà nel tempo varie versioni della paternità: cognato? marito?

Alla nascita, Fabio presenta una malattia importante per la quale deve essere ricoverato e deve subire una delicata operazione che si conclude in modo positivo, ma che comporterà una serie di controlli fino all'età di 9/10 anni.

Il Servizio di neuropsichiatria infantile propone un consistente intervento educativo domiciliare fin dai primi anni di vita e l'inserimento precoce all'asilo nido.

Mara lavora in una cooperativa di pulizie dove sembra ben inserita: si trova bene, hanno capito i suoi problemi e, nonostante le sue assenze per malattia e la chiusura estrema in alcuni momenti, sembra che la responsabile abbia assunto un ruolo contenitivo e rassicurante, che le permette di continuare a lavorare.

Fabio fin dalle elementari presenta grosse difficoltà, di lui si occupa prevalentemente la nonna, riuscendo a provvedere ai bisogni materiali di base, ma non riuscendo a farsi carico delle sue necessità per la scuola e per il tempo libero.

Nei periodi di ricovero di Mara, Fabio manifesta un forte disagio a scuola che viene segnalato. Viene proposta una famiglia di appoggio per sostenere Fabio nei compiti e nelle attività extrascolastiche. Nel frattempo il nonno sempre più vecchio e malato si chiude sempre di più nella sua stanza.

L'invecchiamento della nonna, le condizioni critiche di Mara e l'aumentato conflitto tra lei e la madre - imputabili probabilmente al fatto di rivedere nei suoi comportamenti con Fabio le chiusure di cui lei stessa ha sofferto come figlia -, portano Mara ad accettare e a richiedere ai Servizi una maggiore presenza della famiglia d'appoggio sia per il figlio che per lei. Fabio incomincia anche ad andare in vacanza con la famiglia affidataria.

Mara sembra chiedere l'aiuto del Servizio per poter uscire di casa; per tale motivo le viene proposto un progetto in cui è previsto un alloggio in autonomia, con la prospettiva di un riavvicinamento al figlio. Intanto, l'affido da parziale si trasforma a tempo pieno.

Un anno e mezzo dopo si rileverà che la famiglia affidataria era inadeguata a comprendere i bisogni di Fabio e che lo tratta con atteggiamenti punitivi, svalutanti,

squalificanti, al punto tale da dover chiedere al Tribunale per i minorenni di interrompere l'affido e di inserirlo in una seconda famiglia affidataria.

La nuova famiglia pare andare bene. Fabio ne diventa parte integrante nonostante le difficoltà comportamentali.

Mara diventa invece progressivamente passiva: nel tempo, si rifiuta di andare al lavoro e ottiene l'invalidità civile.

È stato effettuato un percorso con diversi Servizi: salute mentale, sociale minori, comunità, un centro specializzato, dove è stata avviata anche una psicoterapia individuale per il ragazzo.

Anche Fabio - come la mamma - ha un andamento ciclico: richiede, accetta e si appoggia ai Servizi senza poi tenere e interiorizzare i percorsi svolti.

Attualmente maggiorenne, è stato preso in cura dal Servizio di salute mentale che ha in carico anche la madre.

***Le difficoltà espresse dagli operatori riguardano principalmente:***

- mancanza di *compliance* della famiglia al percorso di cura: la famiglia inizialmente aderisce alle proposte degli operatori per poi interromperle velocemente;
- carenza nella capacità di mantenere nel tempo un'alleanza con i Servizi;
- difficoltà a progettare e a mantenere integrati gli interventi fra i vari Servizi.

***Indicazioni emerse dal percorso formativo:***

- necessità di contenere nella quantità e di coordinare gli interventi;
- utilità di formulazione di ipotesi di funzionamento psichico dei singoli membri e del sistema familiare: bisogni, ruoli, risposte dei Servizi;
- predisposizione di interventi coerenti alle ipotesi formulate, anche in previsione del passaggio di competenza di Fabio al Servizio salute mentale adulti.

***Esiti trasformativi rilevati nel tempo:***

- accresciuta capacità di lettura dei bisogni dei singoli e delle dinamiche familiari da parte degli operatori;
- utilizzo delle nuove acquisizioni ricevute durante il percorso formativo nel passaggio di consegne relative al nucleo, dal Servizio minori al Servizio adulti.

Con questa famiglia che ha una lunghissima frequentazione dei Servizi non pare possibile costruire un'alleanza costruttiva. Nonostante la mobilitazione di diversi Servizi e il moltiplicarsi degli interventi, l'adesione della famiglia ai progetti di sostegno è discontinua. La famiglia dimostra una certa consapevolezza delle difficoltà per cui accetta i diversi interventi, anche la psicoterapia, ma al tempo stesso non riesce a dare continuità. Agli occhi degli operatori, la famiglia appare imprevedibile, continuamente richiedente, ma anche sfidante rispetto alle possibilità di ricevere un aiuto reale.

### 3.6. La famiglia di Marco

Marco, nato nel 1981, è secondogenito di due fratelli: la sorella, Annamaria, è maggiore di 8 anni. I genitori di Marco, Pietro e Natalina, si sono sposati nel 1973, probabilmente già in attesa della primogenita. Dopo il matrimonio sono andati a vivere nella casa paterna di Pietro.

La situazione abitativa era caratterizzata dalla presenza dei genitori e del fratello maggiore di Pietro, attualmente deceduti.

Natalina, proveniente dalla provincia di Mantova, probabilmente nutriva forti aspettative di affiliazione nei confronti della famiglia del marito, mentre in realtà si è trovata a farsi completamente carico dei suoceri e del cognato.

Dalla storia familiare si evince che Marco ha abbandonato precocemente il percorso scolastico, durante la frequenza del secondo anno di un istituto professionale. Nel passaggio dalla scuola elementare alla scuola media, da bambino socievole e fin troppo loquace, diventa introverso e taciturno e i genitori definiscono questa improvvisa chiusura "un cambiamento di personalità".

Il padre, prima del pensionamento, era collaboratore scolastico e la madre operaia.

Pietro ha una sordità monolaterale, che risale probabilmente all'infanzia e che ha indotto i genitori e il fratello a proteggerlo e tutelarlo.

Nel 2001 è fallita l'attività commerciale aperta dalla sorella con l'aiuto finanziario dei genitori. Tre anni dopo Annamaria inizia una convivenza con un uomo che i genitori non hanno nemmeno conosciuto. Fino al 2004 Marco riesce a mantenere una forma precaria di equilibrio sociale e, pur facendo uso massiccio di sostanze stupefacenti, mantiene il lavoro di elettricista.

I primi contatti con il SerT avvengono nel 2001 su segnalazione della Prefettura, per detenzione di marijuana.

Marco, dopo alcuni colloqui informativi e un esame dei liquidi biologici in cui si evidenzia una positività agli oppiacei, decide di abbandonare il percorso di cura.

Nel 2003 il SerT viene contattato da un ispettore di polizia, cugino del padre, cui segue un incontro coi genitori di Marco che segnalano un problema di abuso di alcol e chiedono consiglio agli operatori. Appare subito evidente la difficoltà dei genitori a porre limiti al figlio, che ha già distrutto due automobili ed a cui è stata ritirata la patente.

I genitori aderiscono immediatamente e con modalità compiacente alle proposte terapeutiche del Servizio: iniziano i colloqui con l'assistente sociale, frequentano un gruppo genitori e accettano di buon grado i colloqui di consulenza all'ambulatorio di terapia familiare.

L'atteggiamento di fronte al problema è comunque di lamentosa esplicitazione della preoccupazione, ma al tempo stesso di minimizzazione ("sono ragazzate") e negazione delle reali difficoltà. Il lavoro degli operatori si pone l'obiettivo di aiutare i genitori a costruire un pensiero critico rispetto alle proprie difficoltà a porre dei limiti al figlio.

L'impossibilità ad esprimere l'aggressività, la mancanza di uno scambio emotivo profondo, anche all'interno della coppia coniugale e la tendenza a far agire gli altri al proprio posto, rappresentano lo stile comunicativo predominante di questa famiglia.

L'atteggiamento di delega appare preponderante. La richiesta di "come dobbiamo fare" da parte dei genitori attiva gli operatori nella costruzione di un "manuale di istruzioni", che però risulta puntualmente disatteso con scuse tipo "non siamo capaci", "non ce la facciamo", in una sorta di rivendicazione della propria inadeguatezza e resistenza al cambiamento.

Anche l'atteggiamento di Marco nei confronti degli operatori è prevalentemente passivo e compiacente: si mostra timido e taciturno, è quasi necessario interrogarlo per tentare di costruire un rapporto con lui.

I familiari sono sempre stati estremamente rispettosi degli appuntamenti e dei tempi della cura, ma inizialmente non sembravano differenziare le diverse figure professionali che li seguivano.

La situazione è rimasta in *standby* per lungo tempo, Marco manteneva un lavoro, ma alla sera usciva per andare a rubare il rame dai binari ferroviari, fintanto che la madre, sostenuta dalle forze dell'ordine, ha trovato il coraggio di denunciarlo, affidando quindi il controllo e il contenimento all'autorità massima del carcere.

Attualmente Marco è stato inserito in una comunità terapeutica, in un progetto di alternativa alla detenzione. I genitori sono stati nuovamente coinvolti nel gruppo genitori condotto dalla psicologa e dall'assistente sociale del Servizio.

***Le difficoltà espresse dagli operatori riguardano principalmente:***

- l'adesività passiva del nucleo familiare;
- la scarsa consapevolezza da parte del nucleo del significato e delle conseguenze della tossicodipendenza;
- l'inefficacia dei molteplici interventi messi in campo.

***Indicazioni emerse dal percorso formativo:***

- gli operatori sembrano concentrati sul fare e sul fornire risposte, mentre la famiglia sta esprimendo bisogni soprattutto di relazione affettiva;
- necessità di orientare gli interventi sulla vicinanza affettiva e sull'ascolto.

***Esiti trasformativi rilevati nel tempo:***

- maggiore autorevolezza del comportamento genitoriale: contenimento educativo;
- adesione di Marco al progetto di inserimento in comunità;
- partecipazione dei genitori al gruppo di sostegno dei familiari del SerT.



In questa famiglia i genitori presentano atteggiamenti positivi nei confronti dei Servizi, che si manifestano prevalentemente con richieste reiterate di essere guidati e indirizzati nei comportamenti da tenere nei confronti del figlio.

Sembrano tuttavia entrambi poco in grado di riconoscere i problemi e di vederne la gravità, scarsamente consapevoli delle conseguenze della tossicodipendenza del figlio. Da qui si è mantenuta per lungo tempo una situazione di equilibrio, sostenuta dalla negazione delle difficoltà con aspettative implicite di una sorta di interventi risolutivi da parte di Servizi.

---

Le storie di queste famiglie sono emblematiche: rompendosi degli equilibri interni, si scatenano conflitti e sofferenze esplosive, gesti estremi rivolti contro se stessi e gli altri membri della famiglia, tensioni che non riescono a essere contenute. Vengono prese decisioni sottovalutandone le conseguenze e i problemi vengono configurati attraverso colpevolizzazioni distruttive che aggravano ancora di più chiusure e rotture reciproche.

Ci si rivolge ai Servizi *in extremis* e probabilmente con atteggiamenti strumentali, per cui si moltiplicano gli interventi, anche se le possibili evoluzioni della situazione sono assai incerte.



## 4. Lavorare con le famiglie

### 4.1. Rappresentare le famiglie attraverso alcuni fattori distintivi

Le descrizioni delle situazioni familiari, pur nella forma sintetica e per certi aspetti volutamente "depurata" che è stata qui adottata, mostrano con efficacia quanto i Servizi e i professionisti che in essi lavorano si trovino ad affrontare situazioni estremamente complesse. L'intreccio di diversi fattori che attraversano le famiglie, non sempre chiaramente individuabili - sofferenze, chiusure, conflitti, comportamenti distruttivi -, rende difficile il compito di cura da parte dei Servizi.

Ci si può fare un'idea di quante risorse vengano assorbite in una grande molteplicità di interventi e al tempo stesso ci si può domandare quanto lo spiegamento di tante attività riesca a dare un'immagine complessiva sufficientemente definita del lavoro dei Servizi e concorra a rinforzare legittimazioni e apprezzamenti nel contesto sociale allargato.

Le trasformazioni più generali che investono la società globale, i vari Paesi d'Europa e l'Italia in particolare, portano inevitabilmente a un allargamento della forbice tra moltiplicarsi di disagi e risorse disponibili per intervenire seguendo l'impostazione tradizionale dei Servizi. Come è stato ricordato nelle pagine introduttive a questo testo, si tratta di identificare strade per lavorare in modo più efficace, di introdurre delle modificazioni che valorizzino ciò che è stato acquisito in termini di competenze ed esperienze, ma anche di permettere di sviluppare in modo diverso il lavoro con le famiglie e di consentire di darne conto con maggiore trasparenza e consistenza.

Prima di esporre più esplicitamente alcune indicazioni esemplificative di cambiamenti possibili nei processi di lavoro, è opportuno ribadire alcuni punti cardine:

- i Servizi sono chiamati a contenere i disagi con interventi appropriati e con obiettivi e strategie mirati in vista della massima tutela dei diritti soggettivi: non può essere chiesto ai Servizi di eliminare, "risolvere", togliere di mezzo sofferenze e disfunzioni, devianze e malesseri;
- singoli e famiglie, che sono portatori di disturbi di qualsiasi tipo, vanno comunque considerati come soggetti a pieno titolo, vanno riconosciuti nella loro specificità, nella loro storia, nei loro desideri e nelle loro attese, nelle loro scelte, nei loro attaccamenti e nei loro affetti, e non solo nelle loro patologie, per quanto gravi e invalidanti esse siano;
- per tutelare i diritti non è sufficiente formalizzarli in leggi e direttive: vanno create le condizioni sociali e relazionali che consentano di esercitarli (si sono svuotati istituti e manicomi, perché nelle istituzioni totali i singoli diventano numeri, patologie, categorie e sono mutilati delle loro soggettività);

- le condizioni di tutela dei diritti non consistono nel collocare tutti alla pari: è imprescindibile differenziare per cogliere le diseguaglianze, e per diversificare diventa necessario entrare in contatto in modo diretto e ravvicinato con le situazioni di disagio;
- i Servizi già interagiscono con singoli e famiglie, ma non è sostenibile che ciascuno sia preso in considerazione come se si trovasse in una condizione unica e irripetibile: per certi aspetti lo è, ma per poter lavorare - e lavorare in più professionisti - c'è l'esigenza irriducibile di mettere a punto dei modi di realizzare gli interventi, di individuare e collegare i processi di lavoro. Non significa fissare delle procedure standard, ma identificare ed esplicitare entro uno stesso Servizio e/o tra Servizi le modalità di raccolta ed elaborazione dei dati, costruire obiettivi comuni, scegliere strategie d'azione, utilizzare collaborazioni e competenze, verificare periodicamente i passaggi delle comunicazioni e gli esiti degli interventi.

Come è possibile, rispetto alle famiglie che accedono ai Servizi, costruire e condividere i processi di lavoro calibrati in riferimento alla specificità di ciascuna situazione?

Anche se non è possibile trasporre quel che accade in ambito sanitario negli interventi sociali, ci si può tuttavia riferire ad alcuni assetti lavorativi specifici di ciascun ambito, che possono offrire utili chiavi di lettura e indicazioni metodologiche nel lavoro con le famiglie.

In ambito sanitario il lavoro di cura di norma è orientato dalle specifiche patologie, a loro volta identificate facendo riferimento a classificazioni; le rilevazioni di sintomi permettono di ricondurre ogni situazione a una malattia nota e studiata per cui vengono indicate appropriate scelte terapeutiche, con specifici comportamenti e attenzioni da adottare.

Analogamente in ambito sociale si è rivelato utile, per mettere in atto processi di lavoro pertinenti, differenziare i bisogni delle famiglie sulla base di categorie che hanno permesso l'organizzazione di Servizi specializzati (ad esempio, servizi differenziati per anziani, disabili, minori e famiglie, ...).

L'attuale disponibilità di entrambi i modelli di riferimento può consentire di ripensare l'approccio alle situazioni multiproblematiche, identificando elementi ricorrenti, "tipologie" di situazioni che si caratterizzano per l'incrocio di alcune variabili particolarmente influenti per le possibilità di intervento.

Il primo passo verso la riformulazione di modalità di lavoro con le famiglie consiste pertanto nel riuscire a disporre di rappresentazioni delle famiglie che le distinguano e le caratterizzino: da qui, sarà poi possibile individuare linee operative differenziate rispetto a contenuti, strategie relazionali e organizzative, obiettivi ed esiti del lavoro.

### ***Come si presentano le famiglie multiproblematiche***

Le famiglie multiproblematiche entrano in contatto con vari Servizi sociali e sanitari in quanto mettono in campo alcuni comportamenti che possono anche essere adottati da altri utenti ma che da parte loro risultano insistentemente ricorrenti e ripetitivi:

- raramente queste famiglie arrivano ai Servizi una sola volta: quando gli operatori le incontrano scoprono che hanno già avuto vari contatti; hanno avuto o hanno in corso

varie e complicate storie di interazioni - per lo più fallite - con le istituzioni e con i Servizi stessi. In pratica, anche se per l'operatore si tratta di un primo contatto con quella persona, quei genitori o quel ragazzino, per loro è invece una ripetizione di incontri per lo più non felici: già conoscono i Servizi e ne hanno delle rappresentazioni precise che condizionano il loro modo di porsi e di interagire;

- anche se sono depositarie di sofferenze di ogni genere, raramente le famiglie multiproblematiche sono portatrici di una richiesta specifica: le domande più esplicite sono quelle di chi vive accanto o intorno alla famiglia e quelle connesse al "mandato" attribuito dal contesto istituzionale e sociale ai Servizi;
- risulta molto difficile una precisa "analisi dei bisogni" o "analisi della domanda" per le contraddizioni che via via emergono, per le diverse versioni/interpretazioni da parte dei singoli rispetto alle vicende vissute e alle questioni da cui si aspettano di essere sollevati;
- non di rado queste famiglie sono portatrici di situazioni di emergenza, che richiedono interventi immediati e parziali, rendendo così difficile la lettura più ampia della situazione.

Occorre quindi trovare modalità di ascolto e accoglienza che al contempo permettano di conoscere in modo più realistico e attendibile le peculiarità del contesto familiare e favoriscano la costruzione di una relazione basata sulla fiducia e sull'empatia. Per fare questo è necessario, da parte degli operatori, essere consapevoli dell'asimmetria insita nella relazione famiglie-Servizi, assumendosi la responsabilità di andare oltre e di aiutare la famiglia a farlo a sua volta, per non ridurre il proprio intervento a mera attività di controllo e di giudizio e contribuire invece al processo evolutivo della famiglia.

### ***Tipi di famiglie in rapporto ai problemi e ai Servizi***

Diventa necessario dotarsi di dispositivi che consentano di "ri-conoscere", cioè di conoscere di nuovo, in un altro modo, queste famiglie multiproblematiche. Si tratta di identificarle più precisamente e questo è possibile differenziandole da altre configurazioni familiari.

L'esperienza e l'elaborazione teorica dicono che sono possibili evoluzioni dei disturbi comportamentali e degli assetti relazionali bloccati e/o distruttivi là dove esistono capacità di riconoscere le difficoltà che si vivono e dove si accetta di chiedere/ricevere aiuto.

Per questo viene proposto di costruire una tipologia delle famiglie che caratterizzi alcuni elementi distintivi collegati a diverse linee di intervento, e che sia ottenuta dall'incrocio tra due variabili particolarmente significative finalizzate a un intervento congruente alle attese:

- la variabile del rapporto che la famiglia nel suo insieme e che i singoli membri hanno con le sofferenze e i disadattamenti relazionali e sociali vissuti nella quotidianità;
- la variabile del rapporto che la famiglia nel suo insieme e i singoli membri hanno con i Servizi con cui sono entrati in contatto.

A seconda che i rapporti con i problemi e con i Servizi siano più o meno positivi si possono differenziare alcuni tipi di famiglie.

I "tipi" costituiscono delle rappresentazioni astratte (non descrivono le situazioni familiari che si incontrano nella realtà) che gli operatori possono utilizzare per facilitare e ottenere una conoscenza sufficientemente differenziata e pertinente nella grande varietà di situazioni con cui si confrontano.<sup>5</sup>

Le tipologie vengono desunte da rielaborazioni di dati rilevati nell'esperienza quotidiana, i quali consentono l'assunzione di visioni trasversali, mettendo in luce ricorrenze qualificanti; si staccano dalla frammentarietà delle situazioni per reconsiderarla e per poterla assumere con uno sguardo più lucido; sistematizzano, in un certo senso, gli apprendimenti dall'esperienza e costituiscono una modalità conoscitiva operativamente utile a inquadrare le diverse realtà familiari.

Il ventaglio delle modalità di percepire e rivivere le problematiche delle famiglie è vario e variegato. Si possono evidenziare: totale negazione, non riconoscimento, rimozione, espulsione, fino ad arrivare a una posizione in cui viene manifestata una preoccupazione per alcuni fatti, per disturbi riscontrati e segnalati da altri, interrogativi su come affrontarli e domande sul che cosa fare.

Allo stesso modo, rispetto alle varie modalità di rapporto con i Servizi, si possono trovare rivendicazioni aggressive con falsificazioni e manovre per imporsi e strumentalizzare, ma anche ricerca di un appoggio, attenzione a seguire indicazioni ricevute, riconoscimento di un apporto positivo offerto.

Tenendo presenti le due variabili possono essere identificati quattro diversi tipi di famiglie.

Quali elementi vanno presi in considerazione per collocare le famiglie nei diversi quadranti dello schema proposto

---

<sup>5</sup> Il ricorso ai "tipi" è stato introdotto da Max Weber, che ha proposto gli idealtipi come strumento concettuale fondamentale per la conoscenza della realtà sociale (cfr. Coser L. *I maestri del pensiero sociologico*. Bologna, Il Mulino, 1997, pag. 319 e seguenti). Merton, sociologo statunitense interessato alle teorie sociali cosiddette di medio raggio e alla connessione tra teoria e ricerca empirica, ha utilizzato le tipologie per la comprensione di atteggiamenti e comportamenti di singoli e di gruppi (Merton RK. *Teoria e struttura sociale*. Bologna, Il Mulino, 1992). Becker mette bene in luce il valore euristico delle tipologie e offre indicazioni su come è possibile costruirle in un Manuale tanto prezioso quanto poco diffuso tra chi interviene in campo sociale e psicosociale (Becker H. *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*. Bologna, Il Mulino, 2007, in particolare cap. IV e pag. 218 e seguenti).

*Prima variabile*

*Rapporti che le famiglie e i loro membri hanno con la propria situazione di vita e i problemi che la caratterizzano*

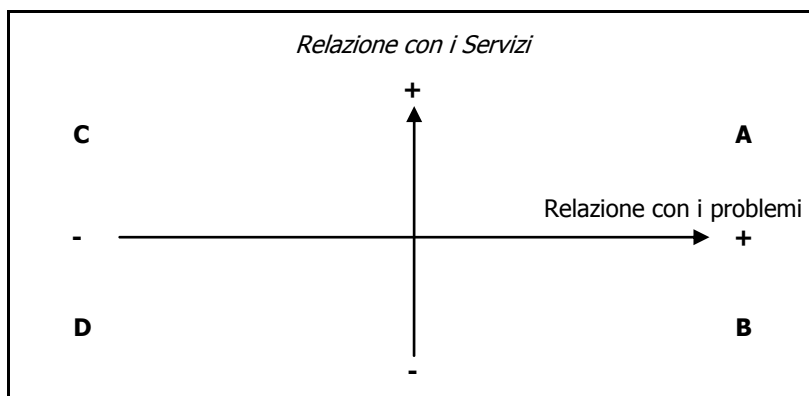
- A) Come sta la famiglia
  - = condizioni psicofisiche dei membri
  - = condizioni di abitazione, istruzione, reddito, lavoro
- B) Come si vive al suo interno
  - = rapporti tra i membri
  - = rapporti con casa, lavoro, salute
- C) Come considera problemi, difficoltà sofferenze
  - = descrizioni
  - = valutazioni e spiegazioni
- D) Come è considerata da chi vive intorno
  - = rapporti con famiglie parentali
  - = rapporti con contesto e istituzioni

*Seconda variabile*

*Rapporti che la famiglia e i suoi membri hanno con i Servizi e gli operatori*

- A) Come la famiglia si presenta al Servizio
  - = modalità di accesso
  - = modalità di interazione
- B) Come la famiglia si pone nei confronti degli operatori e del Servizio
  - = formulazione di una richiesta e a chi
  - = ricerca di aiuto e da chi
- C) Come la famiglia "risponde" agli operatori e ha risposto ad altri Servizi
  - = su aspetti pratici, tempi, adempimenti, ...
  - = su rimandi e indicazioni
- D) Come gli operatori vedono la famiglia e i suoi membri
  - = rispetto alla sua accettabilità
  - = rispetto ai suoi vincoli/risorse

*Tipi di famiglie in rapporto ai problemi e alla relazione con i Servizi*



<b>Tipo di famiglia</b>	<b>Relazione con i Servizi</b>	<b>Relazione con i problemi</b>
Famiglia A	+ = positivo	+ = positivo
Famiglia B	- = negativo	+ = positivo
Famiglia C	+ = positivo	- = negativo
Famiglia D	- = negativo	- = negativo

L'intersecarsi delle due variabili - rapporto con il problema e rapporto con il Servizio - permette di distinguere quattro macro-tipi. Le famiglie collocabili nel tipo A e nel tipo D sono relativamente stabilizzate entro le loro condizioni di vita, le famiglie di tipo C e B presentano invece delle condizioni più mobili e suscettibili di cambiamento.

A seconda del lavoro che i Servizi sono in grado di svolgere con le famiglie, è possibile che le situazioni C e B evolvano in senso positivo verso il tipo A o invece che si spostino verso una condizione di multiproblematicità che caratterizza le famiglie di tipo D.

Questa qualificazione delle famiglie entro l'uno e l'altro tipo è da considerare in modo processuale, in quanto elementi contestuali e/o interni alla famiglia possono determinare un miglioramento o un peggioramento del quadro.

Ad esempio, se in una famiglia di tipo B l'intervento non raggiunge l'obiettivo desiderato, può esserci una progressione verso il tipo di famiglia D (si veda la storia della famiglia di Mara e Fabio). Viceversa, se in una famiglia inizialmente corrispondente al tipo C attraverso il lavoro dei Servizi si creano le condizioni per una evoluzione positiva di un membro che riesce ad autonomizzarsi e a trovare un proprio percorso di crescita, può esserci uno spostamento dal tipo C verso il tipo A.

Per rendere ancora più chiaro la proposta di caratterizzazione delle famiglie i quattro tipi vengono qui di seguito descritti attraverso alcuni aspetti prevalenti, sintetizzabili entro alcune aggettivazioni, forse riduttive, ma probabilmente evocative:

- famiglie A = imprenditive/cooperative    + / +
- famiglie B = imprendibili/sfidanti       - / +
- famiglie C = disponibili/fidelizzate    + / -
- famiglie D = multiproblematiche       - / -



## 4.2. Tipi di famiglie

Qui di seguito i diversi tipi di famiglie vengono illustrati più ampiamente attraverso alcuni elementi descrittivi, in modo da renderne più chiara e apprezzabile l'identificazione e anche la differenziazione interna. Vengono anche indicati per ciascun tipo gli obiettivi generali che si possono prefigurare e i contenuti di lavoro da realizzare.

### ***Famiglie cooperative/imprenditive/capaci di iniziative (+/+)***

#### *Criteri identificativi*

Sono famiglie che si rapportano con il Servizio per lo più spontaneamente, presentando un problema legato a un momento critico della vita: gravidanza, puerperio, rapporti genitori-figli, crisi di coppia, lutto, separazione, ... Presentano discrete risorse relazionali e culturali, una buona capacità di gestione dei problemi. Chiedono di essere aiutate a comprendere e ad elaborare ciò che accade.

Solitamente hanno il supporto di una rete parentale e/o sociale; in altri casi, pur avendo capacità, non possono contare su una rete relazionale di supporto.

#### *Obiettivo*

Acquisizione dell'autonomia (promuovere l'uscita dal Servizio), anche perché sono famiglie che dispongono di potenzialità per essere attive nei confronti delle problematiche e sono in grado di fruire delle risorse della rete sociale.

#### *Contenuti di lavoro*

Dal punto di vista operativo, si può facilmente arrivare a predisporre e mantenere un rapporto sufficientemente simmetrico e contrattuale per un aiuto puntuale su obiettivi specifici che possono essere raggiunti con interventi mirati. A volte può essere sufficiente una consulenza o un intervento strategico breve, di sostegno e chiarificazione.

È importante garantire un ascolto attento, elaborare osservazioni che orientino, monitorare periodicamente per verificare evoluzioni (ed eventuali cadute) e la tenuta della rete sociale di sostegno.

La presenza o meno di reti di supporto parentale o sociale può condizionare la durata della presa in carico. È possibile pensare anche alla progettazione di iniziative specifiche, come la costituzione di gruppi, in cui queste famiglie possono assumere ruoli attivi e sviluppare autonomie.

Tali famiglie, all'interno di un contesto che crede nelle loro potenzialità e attribuisce valore alla relazione con le istituzioni e al confronto tra le esperienze, possono collaborare attivamente con i Servizi e contribuire al miglioramento della qualità del Servizio stesso.

Sono diverse le esperienze nate e cresciute in quest'ottica all'interno del Consultorio familiare, Psichiatria, Neuropsichiatria infantile, SerT, e altri Servizi. Nell'ambito consultoriale un esempio di questa tipologia si ritrova nei gruppi di sostegno rivolti alle famiglie adottive e affidatarie del territorio del Distretto di Casalecchio di Reno

(Programma "A.A.A. Adozione, affido, accoglienza", vedi *Paragrafo 6.3*), che hanno offerto la propria disponibilità ad aiutare altre famiglie in momenti difficili e a supportare i Servizi nel diffondere la cultura dell'accoglienza nel territorio.

Si tratta di famiglie alle quali, una volta offerta loro una possibilità di ascolto e sostegno nei momenti cruciali nella relazione con i figli, si può chiedere a loro volta di supportare altre famiglie in difficoltà e costruire forme di collaborazione attiva con i Servizi.

Su questa linea di intervento si propone anche l'esperienza di "Laboratorio di narrazione per mamme e papà" (vedi *Paragrafo 6.6*), avviata nel 2010 all'interno della Unità operativa di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza di Casalecchio di Reno.

Le famiglie coinvolte nel progetto "A.A.A. Adozione, affido, accoglienza" rientrano in questa tipologia in quanto presentano le seguenti caratteristiche:

- si rivolgono ai Servizi in momenti di difficoltà nella crescita dei figli adottivi;
- possiedono risorse e capacità affettivo-relazionali;
- sono in grado di attivarsi in maniera solidale offrendo occasioni di aiuto ad altre famiglie, affiancandosi ai Servizi nella costruzione di una comunità competente.

### ***Famiglie imprevedibili/sfidanti/sfuggenti/diffidenti/schivanti (+/-)***

#### *Criteri identificativi*

Sono famiglie con sufficienti capacità di elaborazione e una certa consapevolezza del problema, ma presentano sempre un atteggiamento di sfida e/o di squalifica verso il Servizio di cui non si fidano. Si tratta di famiglie che mettono alla prova il Servizio sfidando e confondendo i piani o creando situazioni di conflitto con gli operatori. Presentano discontinuità e difficoltà di "tenuta". Sono oscillanti e dunque spesso si contraddicono. Sono per lo più inviate da altri Servizi/istituzioni, spesso con decreti di limitazione della responsabilità genitoriale stabiliti dal Tribunale e di frequente sono già in carico ad altri operatori.

La famiglia di Giulia (vedi *Paragrafo 3.3*) rientra in questa tipologia, in quanto presenta i seguenti elementi:

- esprime richieste reiterate ai diversi Servizi con discontinuità nella *compliance* e una scarsa tenuta nel tempo;
- presenta un funzionamento caratterizzato dall'asimmetria di posizioni dei singoli membri, che non facilita la presa in carico coordinata da parte delle varie professionalità;
- tenta di definire in modo autonomo i tempi e i modi della cura;
- dimostra scarsa fiducia e apparente impermeabilità alle proposte di cura.

### *Obiettivo*

Cercare il consenso, costruire un rapporto di fiducia sufficiente per poter intervenire e/o per mantenere un certo equilibrio nelle relazioni familiari e con il Servizio. L'intento può essere volto a ricollocare queste famiglie nella tipologia A (famiglie cooperative), valorizzando le risorse già presenti.

### *Contenuti di lavoro*

A livello operativo è necessario dedicare molta attenzione a costruire la fiducia con il Servizio. Si tratta di accogliere e far evolvere i rapporti, anche strumentali, e - più che espellere o estromettere - creare un aggancio. È necessario costruire alleanze sui problemi per alimentare domande possibili e sostenibili, trovare possibili aperture legate alla situazione di bisogno. È importante cercare di inserire qualche riflessione a partire da dubbi e ambivalenze; questo significa lavorare per mantenere un ascolto più attivo, prestando ancora più attenzione ai processi e alle modalità di comunicazione.

Occorre tenere presente l'incertezza, l'incoerenza e la discontinuità che queste famiglie portano nella relazione, mantenere flessibilità, avere capacità nel trattare regole e proporre rappresentazioni dei problemi non troppo distanti dalla visione che queste famiglie possiedono. Si devono valorizzare passaggi anche limitati, ma significativi.

Occorre costruire un ambito di contenimento orientato all'accoglienza, ma anche stabile e continuativo che aiuti a sostenere eventuali attacchi distruttivi e apra spazi di progettazione.

Va posta specifica attenzione ai segnali, anche debolissimi, che rimandano qualche briciola di empatia - o anche soltanto di non ostilità - nei confronti di qualche operatore: vanno riconosciuti e sostenuti, è importante che non vengano soffocati da divisioni di ruoli e di compiti tra operatori o anche tra Servizi, da un assetto organizzativo interno formalmente definito o da accordi formalmente presi tra Servizi; c'è il rischio che le attribuzioni formali siano troppo rigide e non facilitino l'operare in modo positivo in queste situazioni.

### ***Famiglie disponibili/fidelizzate/dipendenti/ben disposte (-/+)***

#### *Criteri identificativi*

Sono famiglie che si affidano, hanno un buon rapporto con il Servizio, ma poche risorse personali e/o di rete sociale e familiare, per cui attivano i Servizi per rispondere via via alle loro istanze del momento.

Possono presentare criticità nella relazione di coppia o nelle competenze genitoriali. Hanno difficoltà a rappresentarsi il problema, delegano e portano domande più fattuali, ("Dimmi cosa devo fare, risolvi il problema di mio figlio, ..."). Mantengono un atteggiamento sostanzialmente passivo e tendono ad instaurare dipendenza. Si rivolgono al Servizio soprattutto nei momenti di crisi. Possono avere difficoltà a orientarsi nella complessità dell'organizzazione dei Servizi. Avendo una scarsa rappresentazione dei problemi dipendono dagli operatori e tendono ad assumere una posizione *down*: cercano

di seguire le indicazioni, con il rischio di ottenere come risultato un apprendimento di soluzioni in modo adesivo/condizionato.

La famiglia di Gianni (vedi *Paragrafo 3.2*) rientra in questa tipologia in quanto presenta le seguenti caratteristiche:

- cronicità della presa in carico che continua nel tempo fra le generazioni;
- scarsa consapevolezza dei problemi vissuti;
- atteggiamento di dipendenza e delega nei confronti dei Servizi;
- richieste pressanti agli operatori di soluzioni immediate prevalentemente nelle situazioni di emergenza.

#### *Obiettivo*

Riorganizzare le loro risorse affinché raggiungano una maggiore autonomia per contenere la dipendenza dal Servizio di tipo passivo e acritico. È opportuno favorire l'attivazione di reti di sostegno che portino ad evitare la cronicizzazione del disagio e quindi lo scadimento entro la tipologia D.

#### *Contenuti di lavoro*

A livello operativo queste famiglie necessitano di un supporto più lungo nel tempo, di un lavoro di analisi e di ridefinizione del problema. È importante sostenere, rafforzare e riorganizzare le parti più solide, essere disponibili nei momenti di crisi, offrire un aiuto a sviluppare autonomia, contenere/orientare. Per diminuire il grado di dipendenza dal Servizio, è necessario creare le condizioni perché i membri della famiglia colgano la possibilità di altri sostegni/opportunità, e di conseguenza va impostato/attivato un lavoro di rete.

Una parte consistente degli interventi rispetto a tale tipologia di famiglia riguarda quindi il lavoro integrato con le risorse e le istanze con il territorio.

### ***Famiglie multiproblematiche (-/-)***

#### *Criteri identificativi*

Sono famiglie che presentano difficoltà stabilizzate. Danno la percezione di avere un equilibrio interno molto precario perché spesso sono sfrangiate, spezzettate o diversamente invischiate: non appaiono confini tra nucleo d'origine ed eventuali nuove famiglie costituite da figli o da conviventi, ecc.

A volte presentano gravi disagi "conclamati", come malattie psichiche e dipendenze.

In genere non riconoscono il disagio che esiste al loro interno, sono incapaci di formulare una richiesta di aiuto e non si prefigurano possibili soluzioni: al massimo riconoscono solo le questioni economiche. Arrivano ai Servizi quando sono sull'orlo del baratro, soprattutto agiscono e sottovalutano le conseguenze dei loro comportamenti, banalizzandoli. Mostrano discontinuità nell'interlocuzione con i Servizi, non permettono di "pensare" e spingono piuttosto ad "agire", mettendo operatori e Servizi gli uni contro gli altri.

Si tratta di famiglie molto "visibili" socialmente, spesso in situazioni di degrado, di emarginazione e di patologia, su cui l'opinione pubblica pretende l'intervento dei Servizi. Sono famiglie conosciute da più istituzioni come il Comune, la Scuola o il Tribunale, quindi le richieste ai Servizi socio-sanitari sono per interventi "forti, chiari e risolutivi", capaci di "diagnosticare" patologie di persone e di relazioni e di indicare specifiche linee d'azione che modifichino in modo radicale gli assetti interni e le interazioni con l'esterno.

Questo tipo di famiglie costituisce, pertanto, un'area di lavoro particolarmente critica, in quanto l'intreccio di richieste poste ai diversi Servizi rende difficile una rappresentazione condivisa del problema, con il conseguente rischio di squalifica e di delegittimazione per i Servizi stessi.

La famiglia di Linda (vedi *Paragrafo 3.1*) rientra in questa tipologia in quanto presenta le seguenti caratteristiche:

- presenza di numerose patologie croniche;
- difficoltà di comprensioni dei problemi personali e relazionali;
- invischiamento e scarsa capacità di differenziazione dei componenti e dei ruoli;
- continue e incoerenti richieste da parte dei singoli;
- domande prevalenti di tipo assistenziale e non di cura (casa, lavoro, sostegno economico).

Riassumendo può essere significativo ricordare che, rispetto alle variabili che individuano i tipi di famiglie (rapporti che i nuclei e i loro membri hanno con la loro situazione di vita e i problemi che la caratterizzano, e rapporti che la famiglia e i suoi membri hanno con i Servizi e con gli operatori), è possibile fare riferimento più specificamente ad alcuni indicatori per identificare le famiglie multiproblematiche.

In particolare per il primo asse - rapporti con i problemi - gli indicatori potrebbero essere i seguenti:

- nessun membro della famiglia riconosce l'esistenza all'interno del nucleo di una situazione di malessere persistente, di sofferenze che permangono e si ripropongono, che si subiscono e che prendono forme evidenti anche nel contesto esterno; la denuncia dello stato di disagio è intrinsecamente collegata a colpevolizzazioni di qualche personaggio o di qualche entità esterna e ad una enfattizzazione di tutte le disgrazie e deprivazioni accumulate nel tempo;
- uno o più membri della famiglia sono portatori di patologie conclamate, diagnosticate, anche sottoposte a vari trattamenti senza esiti positivi: malattie psichiche, deficit organici e cognitivi, alcolismo, invalidità fisiche, ecc.; a queste si possono associare differenti forme di dipendenza;
- nel contesto territoriale dove abitano o vivono, queste famiglie sono conosciute per alcuni comportamenti giudicati inadeguati e impropri, in base ai quali sono tenute a distanza se non proprio emarginate;

- l'equilibrio dei rapporti interni ed esterni (lavoro, istituzioni, ecc.) alla famiglia è assai precario, spezzettato e invischiato con confini conflittuali e labili rispetto alle famiglie d'origine e ai nuclei derivanti da altre convivenze di qualche membro;
- la rappresentazione del futuro è del tutto astratta o completamente bloccata: da ciò non derivano domande di aiuto.

Relativamente all'altra variabile - rapporti con i Servizi - si può fare riferimento ai seguenti indicatori:

- le famiglie non si rivolgono ai Servizi formulando domande di aiuto, anche in modo indiretto; si presentano a seguito di sollecitazioni o inviati da qualche altra istituzione;
- per lo più hanno storie di precedenti rapporti con i Servizi ma non le raccontano, espongono le situazioni più strane e inquietanti come se fossero assolutamente tranquille;
- spesso richiedono inizialmente solo aiuto economico e sottolineano la propria adeguatezza nonostante l'ostilità dell'ambiente circostante e delle istituzioni;
- si rivolgono contemporaneamente a più Servizi senza farlo presente ai singoli operatori, ma spesso facendo in modo che comunque si venga a sapere e - più o meno direttamente - mettendo in evidenza distanze e dissidi tra impostazioni operative;
- nei colloqui con gli operatori, attraverso colorazioni seduttive e propiziatriche, cercano benevolenza e approvazione/commiserazione; a questi comportamenti possono accompagnarsi parallelamente atteggiamenti rivendicativi e aggressivi da parte dello stesso o di altri membri della famiglia. Tali modalità sono sostenute da rappresentazioni della realtà autoreferenziali, deformate, semplificate, unilaterali (espongono spesso episodi e fatti non corrispondenti a quanto accaduto nella realtà);
- queste famiglie entrano in contatto con i Servizi sempre sull'orlo del baratro, attraverso molti "agiti", imponendo una sorta di emergenza della situazione di disagio e di urgenza dell'intervento, generando spesso conflitti e fraintendimenti con operatori e Servizi.

## 5. Processi di lavoro

### 5.1. Processi di lavoro con le famiglie e in particolare con le famiglie multiproblematiche

La metodologia presentata costituisce una base di lavoro a cui gli operatori possono attingere per rappresentare differenti caratterizzazioni, potenzialità e limiti delle famiglie che accedono ai Servizi. Sollecita a collegare elementi conoscitivi di varia natura e a distinguere, ma non è un esercizio accademico. Apre a un'impostazione del lavoro differente da quella più "classica", diffusa ampiamente nei Servizi territoriali e che prevede:

- l'accesso su richiesta/segnalazione, la rilevazione della domanda, l'analisi e la lettura dei bisogni, l'individuazione dei percorsi da avviare, l'attivazione della rete degli operatori e dei Servizi;
- la presa in carico con la definizione del progetto terapeutico e di sostegno e degli operatori coinvolti.

Per esporre e chiarire in modo più articolato e approfondito le modalità operative da adottare, connesse alle ipotesi illustrate in precedenza, si presentano in maniera analitica le fasi di lavoro:

- avvio del lavoro;
- costruzione della mappa degli attori;
- costruzione della mappa dei problemi;
- interventi progettuali/processuali;
- verifica e documentazione.

#### ***Avvio del lavoro: rilevare i dati***

Il primo ineludibile passo che è richiesto agli operatori è quello di identificare se il nucleo familiare che si incontra appartenga o meno al tipo "famiglie multiproblematiche", in modo da distinguere tempestivamente quali ipotesi sono possibili e verso quali processi di lavoro è consigliabile orientarsi. Per attivare il processo di conoscenza è utile trattare i dati come "informa-azioni".

Spesso ci si trova ad avere a che fare con racconti frammentati e confusi, con indizi e indicazioni sulla cui attendibilità non si è certi. Ad esempio, in una situazione di emergenza la mamma di un ragazzino di 12 anni chiede una consultazione urgente in una giornata festiva alla Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, perché vittima di ripetuti episodi di violenza da parte del figlio. La psicologa raccoglie la segnalazione, fissa un colloquio e una visita domiciliare anche con il pediatra e in quell'occasione vengono a conoscenza di pregressi, gravi sofferenze e conflitti familiari.

È pertanto cruciale prestare attenzione alla rilevazione dei dati che riguardano la storia familiare e del contesto (attività lavorative, redditi, inserimenti, successi e insuccessi scolastici, malattie, episodi critici, ...) rispetto ai quali è possibile validare portata ed effettività.

Spesso si incontrano modalità comunicative caratterizzate dalla confusa percezione degli eventi di vita senza confini né temporali, né spaziali, dove ciò che viene presentato come evento successo l'attimo prima è invece accaduto anni prima, nelle quali anche i soggetti che compiono le azioni raccontate sono scambiati e confusi.

Tutto ciò fa capire quanto sia importante soffermarsi in questa prima fase per raccogliere un racconto dettagliato - seppure in modo romanzato ed empatico - degli eventi di vita della famiglia e quanto sia contestualmente indispensabile incrociare il dato portato nel romanzo con le tappe critiche del ciclo vitale. In altre parole si tratta di non separare nel tempo e nello spazio la rilevazione dall'elaborazione dei dati.

Ciò permette di creare fin dall'inizio una cornice di senso, inscritta in una narrazione che definisce la storia e i significati dei problemi portati dalla famiglia e, allo stesso tempo, facilita la comprensione del tipo di famiglia che si incontra. Far parlare i dati, non limitandosi a registrarli asetticamente, facilita il districarsi fra i meandri delle dinamiche familiari - gerarchie, alleanze reali/ingannevoli, esplicite/implicite, culture di appartenenza, ... - e permette di capire meglio su quale sottosistema sia inizialmente utile agire per costruire la fiducia nella relazione col Servizio.

Il caso di Giulia è emblematico: si costruisce una relazione più funzionale nel momento in cui, al di là delle barriere organizzative (CSM-NPIA), si riconosce come leva e come qualità emergente la relazione fra Giulia e la madre, non solo legate dalla parentela, ma anche dalla condizione condivisa di emigranti in terra straniera in cerca di una nuova opportunità, legate dallo stesso destino e dalla cultura d'appartenenza dove l'anziano mantiene ancora il ruolo di guida.

Da queste esplorazioni (che spesso vengono sottovalutate, considerate quasi esterne e non così determinanti) possono essere messe in luce indicazioni sui rapporti che i membri della famiglia - quelli incontrati di persona o indirettamente nei racconti - hanno con le questioni, le problematiche, le disgrazie, le ingiustizie che denunciano, e sui rapporti che essi hanno con i Servizi.

È altresì possibile identificare le risorse, i frammenti o i segnali appena accennati di positività e costruttività possibili.

Tale modalità, che si discosta dal percorso diagnostico classico di rilevazione dei sintomi per arrivare alla classificazione di patologia (a cui corrispondono terapie validate da sperimentazioni e da controlli), consente di cogliere come i singoli e le famiglie si rappresentano le loro difficoltà e le descrivono agli interlocutori istituzionali.

In sintesi, l'utilizzo della metodologia per il rilevamento dei comportamenti e degli indicatori significativi nella fase di avvio del lavoro, precedentemente tratteggiata, permette di:



- considerare attentamente i dati di contesto: condizioni abitative, attività lavorative, redditi, inserimenti, successi e insuccessi scolastici, malattie, episodi traumatici, interazioni con istituzioni, vicinato, associazioni, carcere e organizzazioni criminali, ...;
- verificare come i componenti della famiglia si rapportano con le questioni, con le disgrazie e le pene, con le violenze, con le marginalizzazioni che hanno sperimentato, e contestualmente esaminare come hanno cercato/evitato aiuti per che cosa e con chi, se e come hanno instaurato rapporti con i Servizi;
- esplorare il sistema delle relazioni all'interno dei confini familiari: aspetti conflittuali e alleanze (complicità), giochi di potere e sopraffazioni, dipendenze reciproche, disponibilità e capacità di accudimento rispetto ai membri più fragili; si può inoltre mettere a fuoco l'esistenza di figure più distanziate o esterne, anche Servizi o operatori incontrati, che hanno influenze rassicuranti, stimate e apprezzate;
- predisporre come operatori e come Servizio a osservare i *feedback* conseguenti alla fase di avvio, ad ascoltare le reazioni e a prefigurare le condizioni per sostenere le comunicazioni possibili nelle frammentazioni e nelle discontinuità.

Per gli operatori è cruciale ricordare che ogni lavoro conoscitivo dei Servizi tende a ricercare condensazioni, ovvero coagulazioni di elementi sparsi e confusi verso rappresentazioni relativamente coerenti. Anche l'uso delle tipologie è esposto a questo rischio.

Le rappresentazioni tendono a fissarsi e a ripetersi, a colorarsi di tonalità giudicanti, a indirizzarsi verso colpevolizzazioni di alcuni e protezioni di altri, a dare collocazioni rispetto a se stessi e a mantenere distanze e divisioni: restano comunque provvisorie, con incompletezze e sospensioni che diventano aree aperte, campo di variazioni possibili.

Per questo è importante riconoscere queste rappresentazioni ed esplicitarle, per capire e anticipare quali azioni saranno intraprese dalle famiglie e contemporaneamente quali reazioni potranno avere a fronte di decisioni prese da varie istituzioni e dai Servizi stessi. La considerazione dei rapporti è componente centrale ed essenziale di ogni percorso di intervento in cui si intrecciano indissolubilmente conoscenza e azione.

### ***Costruzione della mappa degli attori***

Dopo l'avvio delle interazioni con la famiglia e prima di intervenire in senso stretto, è consigliabile introdurre un ambito di lavoro mentale che consenta agli operatori di riguardare ciò che si è "ammucchiato" dinanzi ai loro sguardi. È interessante nominare questo spazio e distinguerlo, perché tende ad essere compresso dalle pressioni interne e esterne ad agire e ad agire rapidamente.

Soprattutto quando si hanno di fronte situazioni di familiari lacerate, con bambini maltrattati, donne che subiscono violenze, esplosioni di malattie mentali, è quasi naturale lasciarsi trascinare dall'urgenza di fare comunque qualcosa. È invece opportuno fermarsi e quindi inserire nello svolgimento del lavoro processi che sono indicati come costruzioni di mappe: mappe degli attori e mappe dei problemi. Si tratta cioè di dedicare tempo per individuare le modalità appropriate per dare forme e consistenza ai materiali disparati e frammentati. Solitamente questo si fa - forse rifacendosi a quanto è in uso in campo

sanitario con la stesura dell'anamnesi - attraverso ricomposizioni cronologiche, descrivendo cioè dati strutturali ed episodi critici entro scansioni temporali. Senz'altro queste forme di riordino dei dati - che diventano delle narrazioni - sono utili e probabilmente basilari. Per intervenire, per agire, per muoversi bisogna però orientarsi: per questo viene usata la parola mappa, intesa proprio come carta che offre una rappresentazione del territorio, che indica le strade percorribili, gli agglomerati di edifici, i corsi d'acqua, le colline e che segnala anche distanze e dislivelli.

Si può proprio pensare che anche per l'operatore o gli operatori che incontrano situazioni familiari complesse sia interessante ricercare una ricostruzione grafica della configurazione familiare, dei suoi rapporti interni e con l'esterno, per collegare e visualizzare che cosa si è riusciti a cogliere e quindi anche per apprezzare cosa c'è e cosa non c'è.

Alcune discipline offrono strumenti speciali per raffigurare ruoli e relazioni familiari, attraverso le strutture della parentela in chiave antropologica, i rapporti nelle linee di trasmissione genetica o gli incroci tra vicinanza e distanze nelle interazioni con l'ausilio di sociogrammi. Qui non si tratta tanto di applicare uno strumento specifico, quanto di utilizzare indicazioni e suggerimenti per arrivare a ricostruire un quadro che faciliti l'individuazione di tutti gli attori presenti sul campo, delle loro collocazioni e - per quel che si è potuto cogliere - degli apprezzamenti, delle interazioni reciproche (più e meno sviluppate).

Non si tratta di un compito facile come può sembrare perché in particolare nelle famiglie multiproblematiche spesso alcuni personaggi tendono a invadere tutta la scena, ad attirare su di sé tutta l'attenzione in quanto portatori delle difficoltà più evidenti; vengono così messe in ombra altre figure apparentemente irrilevanti o ininfluenti, ma forse più sensibili a mettersi in gioco o ad aprire delle disponibilità: per scovarle o scoprirle si devono valorizzare i segnali deboli, gli indizi approssimativi di cui non si è sicuri; bisogna chiamare in causa anche queste figure, pur nell'incertezza dei dati disponibili.<sup>6</sup>

La ricostruzione di una mappa degli attori dà un riscontro su eventuali squilibri nei dati raccolti, per cui di alcuni si sa (o sembra di sapere) tutto e di altri ben poco. Da qui possono essere prese iniziative per richiedere alle famiglie stesse delle precisazioni o per mettersi in contatto con altri Servizi per collegare e riempire eventuali lacune, per confermare o disconfermare il quadro dei vincoli e delle opportunità. Si può anche considerare se e come valga la pena rimandare a qualche membro della famiglia il quadro tratteggiato per avere completamenti o chiarimenti, o per ritrovarsi con smentite e negazioni che finiscono per confermare la configurazione della famiglia multiproblematica.

---

<sup>6</sup> In uno dei casi presi in esame durante il percorso formativo si è constatato che due figure importanti, vicine e disponibili ad occuparsi di un ragazzino adolescente gravemente disturbato, sono state riconosciute soltanto dopo un significativo periodo di presa in carico della situazione familiare.

Con la mappa si cominciano a individuare dei paletti che consentono di capire in quale direzione sarà consigliabile orientare il lavoro, quali obiettivi più specifici sarebbe possibile concordare con la famiglia e quali operatori e Servizi potrebbero occuparsene più direttamente.

Per le famiglie multiproblematiche l'avvio del lavoro può essere anche assunto da un singolo operatore; può essere stato preceduto da altri incontri e da avvicinamenti da parte di alcuni componenti del nucleo.

È tuttavia importante che, sulla base della prima ricognizione e caratterizzazione della famiglia, sia costruito un quadro di coloro che animano e condizionano i rapporti esistenti al suo interno e quelli con l'esterno, con altre figure significative, con i Servizi.

Con la mappa degli attori si può partire per chiamare in causa al più presto altri interlocutori, operatori dello stesso Servizio o di altri Servizi pubblici e privati, soggetti che possono avere qualche interazione positiva con la famiglia. Probabilmente non è opportuno rivolgersi soltanto a interlocutori formalmente competenti; vanno piuttosto intercettati tutti coloro con i quali è possibile stabilire collaborazioni, individuando consonanze o convergenze sugli obiettivi generali e sulle impostazioni del lavoro, nonché sulla individuazione delle caratteristiche della famiglia.<sup>7</sup>

### ***Costruzione della mappa dei problemi***

La distinzione tra mappa degli attori e mappa dei problemi è necessaria da un punto di vista analitico, ma non corrisponde a separazioni nette perché i problemi riguardano gli attori, sono riferiti da loro stessi o da altri e possono essere trattati tenendo conto degli attori stessi e di come essi li vivono e li rappresentano.

Per avviare un lavoro nelle situazioni sociali disagiate (se non si è intrappolati nella prospettiva di salvare e risanare) è necessario distinguere i problemi e capire quali sono "prendibili" e come.

Spesso ci si scontra con la tendenza a sovrapporre o a confondere le disfunzioni con i problemi. È inevitabile che nelle situazioni delle famiglie che accedono ai Servizi esistano e siano anche da più parti denunciate e deplorate molte disfunzioni, ovvero modalità di comportamento alterate o inadeguate rispetto a quello che dovrebbe essere o accadere "normalmente", rispetto alle aspettative diffuse e condivise dagli stessi operatori: una signora riferisce che il figlio dodicenne ha comportamenti pesantemente aggressivi e oppositivi nei suoi confronti, che se ne sta sempre per conto suo, non ha amici e si rifugia in modo ossessivo nello studio; un padre esprime atteggiamenti pesantemente rivendicativi attaccando indistintamente tutto il Servizio; una coppia di genitori che ha accettato l'inserimento del figlio presso una famiglia affidataria, rifiuta la continuazione dell'affido, oppure una famiglia affidataria presso cui era stato collocato un bambino, si rivela inadeguata; una signora abbandona per la terza volta una comunità terapeutica in cui è stata accolta (perché impossibilitata a vivere da sola e perché la convivenza con i

---

<sup>7</sup> Per meglio specificare il lavoro richiesto per costruire la mappa, vedi la storia della famiglia di Giulia (vedi *Paragrafo 3.3*).

genitori per lei e per loro si è rivelata insostenibile); uno psichiatra insiste perché venga erogato un sussidio a un paziente, ma l'assistente sociale lascia passare tempo e non si attiva per questo ... L'elenco che riprende frammenti raccolti dalle storie di famiglie potrebbe continuare senza fine: quello che non va, che va male o che è in contrasto con quel che si cerca di perseguire, si ripropone continuamente.

Non si può fare andare bene quello che va male; i Servizi possono affrontare e gestire il disagio sociale di singoli e famiglie se lavorano intorno ad alcuni problemi per contenerli, alleviarli, rivederli e ricollocarli rispetto a vincoli e risorse mobilitabili.

Si tratta allora di fermarsi sulle disfunzioni rilevate, di non cercare di porvi in qualche modo rimedio, ad esempio cercando una nuova famiglia affidataria o una nuova comunità o sollecitando l'intervento di un neuropsichiatra o di un educatore con il ragazzo violento o trovando qualche scappatoia per recuperare alcuni aiuti economici; si tratta di fermarsi e porre degli interrogativi che aprano a diversi modi possibili di vedere le situazioni.

Ad esempio, nella storia della famiglia di Gamal (vedi *Paragrafo 3.4*) si rileva che il ragazzo marocchino è arrivato in Italia a seguito di un ricongiungimento familiare: il padre è già in Italia da 7 anni, lavora come operaio "senza però mai integrarsi nel tessuto sociale, non è riuscito a imparare l'italiano, mantenendo un atteggiamento di isolamento e chiusura nei confronti dell'esterno e un fortissimo legame con la propria cultura di appartenenza". Con il suo stipendio questo uomo "non è in grado di provvedere al sostentamento della moglie e del figlio ed è necessario trovare una sistemazione abitativa più adeguata". Viene qui descritta una disfunzione a cui si potrebbe porre rimedio erogando contributi, procurando alla famiglia un dignitoso e soddisfacente alloggio di edilizia popolare. Ma nelle inadeguatezze di questa famiglia quali problemi sono in campo? Il trasferimento in Italia è avvenuto senza prefigurazioni realistiche; forse la moglie l'ha voluto più del marito e c'è un rapporto di coppia difficile; se per tanti anni il padre di Gamal non ha costruito relazioni positive, forse pensava sempre di rientrare al Paese di origine; per un padre marocchino mostrarsi "non in grado" e ricevere aiuti è umiliante; migliorare le condizioni di vita complessive è a prezzo di una "occidentalizzazione" della famiglia probabilmente non voluta o vissuta da questo uomo con sensi di colpa; padre e madre immaginano di garantire maggiore benessere al loro figlio per il solo fatto di vivere in Italia, ma forse non hanno idea delle differenze nelle impostazioni scolastiche ed educative.

Per intervenire diventa cruciale entrare nelle disfunzioni e identificare alcuni singoli problemi affrontabili inseriti in un groviglio confuso, in cui si incrociano componenti di varia natura; questo richiede di avanzare alcune ipotesi: ad esempio, le difficoltà di inserimento del padre possono essere legate alla solitudine ma, avendo a fianco la moglie, lui si sente più sicuro, oppure al contrario potrebbe sentirsi messo alla prova; se non ha imparato l'italiano si può pensare che non faccia progetti di emancipazione sociale, perché si sente inadeguato o perché vuole tenere ben stretto il legame con le sue radici e forse i due aspetti sono collegati; entrambi i genitori potrebbero avere difficoltà di tipo cognitivo e relazionale che costituiscono un limite per una positiva integrazione sociale della famiglia; oppure vivono sentimenti di esclusione e di emarginazione che minano la loro autostima e li portano a uniformarsi operando scissioni.

Gli interventi saranno tanto più congruenti quanto più saranno orientati da ipotesi che potranno essere confermate o smentite e dare seguito ad altre ipotesi. È diverso se a una famiglia come quella descritta viene fornito unicamente un alloggio, oppure se si ipotizza che esista, anche rispetto al reperimento di un'abitazione decente, un problema di capacità cognitive e relazionali che vanno accompagnate e sostenute con un monitoraggio da parte dei Servizi.

Per lavorare con le famiglie multiproblematiche è indispensabile rappresentare in forma il più esplicita possibile i problemi che via via vengono individuati e distinguere su quali operare a breve, medio e lungo termine. Si può pensare che sia possibile intervenire a breve (e da parte di un solo operatore) su problemi relativamente circoscritti, come l'organizzazione di una visita specialistica, la fornitura/preparazione di documenti necessari per un inserimento, la mancanza di informazioni rispetto a opportunità di vario genere. Nelle famiglie multiproblematiche i problemi non sono quasi mai davvero piccoli e ben delimitati: si tratta per lo più di problemi che vanno gestiti nel medio e lungo termine - per lo più per diversi anni - attraverso l'impegno combinato e monitorato di diversi operatori e Servizi. Per agire in modo sinergico e per "reggere" tutto il tempo che è necessario, è cruciale convergere su alcune letture delle situazioni e queste possono essere realistiche e pertinenti se sono frutto di ricomposizioni, se si fondano su ipotesi che si affinano con il tempo, se si arricchiscono dei contributi dei diversi attori e se possono essere da questi viste e riviste.

Le mappe degli attori e dei problemi, costruite inizialmente e periodicamente aggiornate, costituiscono "visibilizzazioni" e facilitazioni per comunicare, per capire e capirsi tra operatori e utenti, tra utenti, tra operatori.

Come si è detto, le due mappe sono distinte per ragioni analitiche, ma vanno continuamente esaminate in maniera incrociata perché i problemi vissuti da madre/padre possono non essere percepiti dal figlio/a.

La mappa degli attori cambia perché i figli crescono, i genitori invecchiano e alcune figure prendono nuove posizioni, altre vanno sullo sfondo, altre ancora che erano in disparte diventano centrali; entrano in gioco nuovi protagonisti e nuovi operatori.

La mappa dei problemi solitamente cambia non perché i problemi si risolvano, ma perché ne emergono altri non precedentemente colti, non espressi dai membri della famiglia, non evidenziati dagli operatori; i problemi prendono connotazioni differenti e vengono gestiti in modo diverso.

Il confronto delle mappe nel tempo può costituire una fonte significativa di evoluzioni avvenute, più o meno riconosciute, utilizzate e valorizzate.

Da rielaborazioni delle mappe dei problemi e quindi da differenziazioni rispetto a come e a chi vede e condivide i problemi, possono essere messi a fuoco alcuni obiettivi. Non tutti i problemi possono essere trattati e trattati contemporaneamente. Solitamente si pensa di essere chiamati ad affrontare i problemi più gravi, ma è invece consigliabile investire in quelli più visibili anche dagli utenti, perché procedere su questi terreni permette di verificare disponibilità e sviluppare connessioni su cui eventualmente agganciare ulteriori ipotesi e interventi.

### ***Interventi progettuali/processuali***

Che cosa significa "progetto" in campo sociale? È interessante ricordare che è molto diverso da quello che viene realizzato per costruire un edificio o una macchina che richiedono un disegno molto accurato, specificato nei minimi particolari, con indicazioni precise di come vadano prodotti i singoli pezzi e come vadano assemblati. A volte tuttavia sembra che gli operatori dei Servizi siano attirati dalla progettazione razionale e immaginino che progettare un intervento corrisponda a definire decisioni/azioni da mettere in pratica su una famiglia "disastrata" o su un bambino che manifesta disturbi di comportamento. Ad esempio, si decide che per il bambino è necessaria una valutazione diagnostica da parte del neuropsichiatra infantile o che deve essere seguito da un educatore a domicilio, oppure che sia prioritaria la valutazione delle capacità genitoriali o l'erogazione di un sussidio economico. Se si assume la prospettiva di rispondere a tutti i bisogni e realizzare gli interventi ritenuti necessari, si rischia di trovarsi continuamente nell'impossibilità di realizzare il disegno progettuale a causa dei limiti che si riscontrano nell'operatività quotidiana: "la neuropsichiatria ha sei mesi di lista d'attesa", "gli interventi educativi domiciliari non sono attuabili perché non è stato rinnovato l'appalto alla cooperativa", "bisognerebbe avere tante altre informazioni dal SerT" e via dicendo.

Nel sociale, più che pensare o fare un progetto si tratta di agire in modo progettuale, ovvero operare in modo finalizzato al raggiungimento di alcuni obiettivi che vanno continuamente ridefiniti e riverificati con gli utenti e tra operatori. Diventa cruciale l'attenzione alle dimensioni relazionali e quindi al lavoro con le persone, più che su di loro, imponendo decisioni che non avranno seguito o che, se saranno seguite, indurranno attese assistenzialistiche.

Progettare nel sociale implica muoversi nelle contraddizioni e nelle incompitezze, in mezzo a disgrazie, fragilità, patologie e mancanze di ogni genere, cercando di individuare qualche percorso accidentato (costituito da azioni pensate e ripensate) che permetta di non peggiorare la situazione di vita dei singoli e delle famiglie, e al contrario renda più supportabili i loro rapporti reciproci e forse anche di trovare alleggerimenti delle difficoltà e vie d'uscita.

Per intervenire in modo progettuale è necessario mettere a punto tra operatori di un stesso Servizio e tra Servizi diversi una specifica impostazione dei processi di lavoro - individuali e di gruppo - che può essere sommariamente descritta nel modo seguente:

- a partire dalla mappa degli attori e dei problemi si concordano alcuni obiettivi (è meglio scegliere quelli più immediati, circoscritti e relativamente semplici, ad esempio tenere pulita una stanza, regolarizzare i pasti di un bambino, mantenere gli appuntamenti, ...). Tali obiettivi vanno annotati e descritti, con le motivazioni che li sostengono e le possibili difficoltà di percorso;
- il singolo operatore e l'*équipe* coinvolta fanno periodicamente il punto su quanto è accaduto e sta accadendo tra gli attori e nei rapporti che questi hanno con i vari problemi; come sono stati assunti o abbandonati gli obiettivi; quali obiettivi sono stati raggiunti e quali sono ancora da perseguire; quali nuovi elementi sono emersi;

- si verifica quali ipotesi sono state confermate e quali smentite; le risorse di cui si è potuto disporre positivamente, quelle non disponibili, quelle individuate *ex novo*.

Per supportare la scansione dell'attività schematicamente indicata è opportuno dotarsi di strumenti specifici, che non possono qui essere presentati in modo dettagliato. Si tratta di colloqui strutturati con l'uno o l'altro degli attori entro appositi *setting*; riunioni programmate tra operatori, preparate con dati ed elaborazioni mirate; strumenti di registrazione dell'andamento della situazione e delle cooperazioni tra operatori (non si tratta della compilazione formale della cartella abitualmente in uso).

Il filo conduttore che orienta gli operatori a lavorare in modo progettuale è costituito dal prestare attenzione ai vari movimenti in campo e valutarne la direzione e il peso. Non si tratta di "normalizzare" ciò che viene visto come improprio, disordinato, inadeguato, ma di alleggerire le sofferenze, di tutelare la crescita dei minori, di contenere deterioramenti e peggioramenti, di mantenere equilibri che per ragioni diverse possono di volta in volta crearsi. Si tratta in sostanza di accompagnare queste famiglie con il massimo di vigilanza e il minimo di invasività, sostenendo e valorizzando il più possibile le risorse interne e quelle che sono presenti nel contesto in cui la famiglia vive.

Intervenire in modo progettuale non significa né seguire le richieste degli utenti, né chiedere l'adesione a un progetto; significa cogliere alcuni elementi, assumerli e valorizzarli all'interno delle iniziative degli utenti stessi.

### ***Verifica e documentazione del lavoro***

La presentazione analitica dei processi di lavoro con le famiglie multiproblematiche evidenzia come sia possibile e consigliabile differenziare i contenuti e scandire i tempi. È ben noto agli operatori - lo si è richiamato anche all'inizio di questo testo - che i casi rappresentati come "famiglie multiproblematiche" tendono a essere invasivi e pervasivi e ad assorbire tutto il tempo di cui si dispone in un Servizio. Ciò non significa che con queste famiglie si debba e si possa intervenire rapidamente e in modo efficace. Per le loro caratteristiche, trattare i problemi con loro richiede tempi sufficientemente lunghi per potere avere rappresentazioni attendibili delle vicende e per individuare obiettivi e strategie percorribili.

Si tratta appunto di comprendere meglio le interazioni e le iniziative che facilitano il contatto, la costruzione della fiducia, l'individuazione di qualche questione "prendibile", la tenuta rispetto ad alcuni obiettivi via via identificati come assumibili.

Per fare in modo che nello scorrere del tempo gli interventi siano fra loro collegati, ovvero che ogni nuova azione tenga conto di ciò che è stato prodotto da quella precedente (in senso più o meno positivo) e che l'intervento di un operatore e di un Servizio sia interconnesso con quello di altri professionisti o Servizi, il lavoro va strutturato attraverso previsioni e verifiche. I professionisti corrono di continuo il rischio di essere travolti dalle storie e dalle svariate richieste degli utenti, con esiti non sempre positivi.

In questa impostazione del lavoro è cruciale disporre di materiali scritti.

Con la scrittura prendono consistenza rappresentazioni che aiutano lo stesso operatore che scrive a rendere più chiaro a quali ipotesi ha fatto riferimento, quali elementi ha privilegiato, che cosa ha considerato di minore importanza, con quali membri della famiglia ha un rapporto più intenso.

La descrizione permette anche ad altri operatori di confrontarsi e aprire sguardi differenti e rende possibile agli uni e agli altri sviluppare delle "ri-flessioni".

Potrebbe essere interessante anche sperimentare una scrittura non troppo imprigionata in formule gergali di tipo burocratico-amministrativo o derivate da linguaggi professionali che rischiano di impoverire i contenuti affettivi. Per la scrittura su queste situazioni si potrebbero adottare modalità studiate *ad hoc*, ad esempio tratteggiare storie in cui si legano tra loro in forma narrativa vari momenti ed episodi, alcuni dei quali possono essere descritti attraverso lenti di ingrandimento, riportando il più estesamente possibile quanto accade nell'incontro con la persona o le persone e annotando contemporaneamente reazioni, pensieri e riflessioni dell'operatore, ricordi, emozioni, fantasie vissute ...

Scrivere in modo vivo e diretto facilita notevolmente i passaggi di comunicazione tra gli operatori, aspetto particolarmente importante visto il frequente *turnover* di personale nelle organizzazioni sociali e sanitarie.

In questo modo si produce una documentazione preziosa che a distanza di anni può offrire materiale per considerare i casi clinici, ma soprattutto può consentire di affinare e precisare i criteri di differenziazione delle famiglie, di modificare le tipologie individuate, di confrontare le strategie messe in campo e verificare gli esiti degli interventi.

La documentazione scritta va prodotta tuttavia anche per altri obiettivi.

Si è richiamata l'attenzione sul significato e sull'importanza di avvalersi di verifiche periodiche dei processi di lavoro in atto con le famiglie; è altrettanto importante dare spazio a valutazioni più ampie e complessive che vanno al di là del caso singolo, richiamando evoluzioni raggiunte nei diversi tipi di famiglie, rispetto a differenti obiettivi. Questo consente e sollecita confronti tra Servizi sulla gestione delle situazioni e sui contributi apportati dai colleghi, ma fa anche conoscere al territorio e agli amministratori locali il lavoro svolto, gli obiettivi possibili e gli esiti del processo avviato, per allargare comprensioni e condivisioni di conoscenze ed esperienze acquisite.

*Perché un'organizzazione produca servizi, è indispensabile che il suo oggetto di lavoro sia conosciuto e riconosciuto come tale, che possa essere esplicitamente rappresentato sia da chi lavora all'interno dell'organizzazione, sia da chi con essa interagisce dall'esterno (Olivetti Manoukian, 1998).*

Accanto alla continua e paziente attività di verifica che intrinsecamente accompagna lo svolgimento del lavoro progettuale in campo sociale, che sostiene e orienta interventi con i singoli e con le famiglie, per i Servizi è cruciale - e troppo spesso sottovalutato - rendere più leggibili e trasparenti, più comprensibili e verificabili i contenuti del lavoro, sia a chi direttamente o indirettamente ne è toccato, sia a chi è più distanziato.



Ciò che i Servizi producono - in termini di aiuto effettivo e positivo in situazioni sociali gravemente compromesse - normalmente è considerato irrilevante dall'opinione comune; questo avviene perché sono diffuse visioni assai semplificate dei fenomeni di disagio sociale e, collegate ad esse, sono attese soluzioni totali e di miglioramento radicale. Inoltre spesso, in un'ottica riduzionistica, gli interventi nel sociale, frutto di un gioco dinamico tra conoscenza e azione, non sono adeguatamente valorizzati e l'interesse per questi problemi e gli interventi connessi si mobilita prevalentemente di fronte ad episodi straordinari e allarmanti.

Anche per interagire tra vari Servizi (sociali e sanitari, sociosanitari, pubblici e privati, ...) e tra istituzioni (Azienda USL, Ente locale e scuole) e per avviare/definire protocolli è importante disporre di documentazioni appropriate, che descrivano ed esponano impostazioni del lavoro, principi orientativi, scelte metodologiche ed esiti che sono stati acquisiti.

A queste esigenze di apertura a sguardi differenti, spesso distratti o prevenuti, si ricollega la necessità per i Servizi di produrre documentazioni scritte delle attività, che non siano solo i molti moduli e rendicontazioni che vengono richiesti per controlli di produttività e di efficienza ma che non danno un'idea realistica e attendibile dei contenuti e dei risultati del lavoro.

### ***Uno strumento di lavoro "riflessivo" per gli operatori***

Con quanto fin qui scritto si è inteso accompagnare il lavoro con le famiglie multiproblematiche e offrire riferimenti ai singoli operatori - psicologi, assistenti sociali, educatori, psichiatri, neuropsichiatri infantili, medici - da utilizzare sulla base delle specifiche competenze e abilità professionali, delle storie, delle inclinazioni e scelte personali. In più punti è stata richiamata l'importanza di realizzare cambiamenti nel proprio modo di operare e di introdurre uno sguardo e strumenti diversi.

È noto che gli spostamenti dalle strade abitualmente percorse sono faticosi, spesso sgraditi perché non se ne vede l'utilità o perché non si riscontrano esiti immediatamente positivi; si pensa anche che siano gli altri a dover cambiare.

Tutti questi elementi vanno presi in seria considerazione. Ogni sperimentazione richiede la considerazione di tutte le difficoltà che si incontrano e può costruire innovazione, se è assunta da chi ne è protagonista.

In questo caso si può ipotizzare che siano possibili innovazioni feconde nel lavoro dei Servizi con le famiglie multiproblematiche se i professionisti saranno capaci di appropriarsi di alcune indicazioni, tradurle nell'operatività e farne oggetto di riflessione per renderle più specifiche ed efficaci, attraverso il confronto sui punti di forza e di debolezza incontrati. E questo richiede di provare a scrivere.

La scrittura è un'area oscura nel lavoro degli operatori dei Servizi sociosanitari (Camarlinghi *et al.*, 2012).

È vista come separata dall'operatività quotidiana. Alcuni operatori pubblicano libri, ma è come se entrassero in un altro mondo: diventano autori che hanno a che fare con lettori ed editori e spesso i loro testi non sono letti e neppure conosciuti dai colleghi.

Si è già detto per quali ragioni la scrittura è intrinsecamente connessa a miglioramenti dei processi di lavoro e alla promozione di una maggiore considerazione e legittimazione dell'attività dei Servizi.

Va richiamato un ulteriore aspetto che è emerso anche in vari momenti e scambi per la stesura di questo volume. Scrivere implica prendere una iniziativa che espone a conferme e disconferme dell'immagine di sé, che vengono da se stessi e dagli altri che leggono. Chi scrive esce allo scoperto, accetta di misurarsi e di confrontarsi, osa e rischia. Tuttavia, come sostiene Demetrio (2008),

*scrivere ci fa essere più noi stessi, ci educa, ci rende maestri, ci fa scoprire, ci può dare soddisfazione e gratificazione.*

È da qui che prende spazio una proposta che qualche operatore potrà forse raccogliere. Questo documento sulle famiglie multiproblematiche è stato pensato e realizzato come uno strumento di lavoro, come un libretto da tenere sotto mano e consultare periodicamente per rileggere i tipi di famiglie e pensare se la situazione che si sta incontrando presenta caratteristiche dell'uno o dell'altro tipo. È una prima ricomposizione di alcune acquisizioni nate da rielaborazioni di "casi" particolarmente onerosi e intricati.

Si potrebbe immaginare come un'apertura, un'introduzione a elaborazioni più approfondite e sistematiche: un testo incompleto e aperto che richiama, invita, suggerisce e che quindi ha pagine bianche che vanno riempite. In vari punti può essere modificato, arricchito, commentato, annotato con osservazioni, per diventare uno strumento di lavoro sempre più utilizzato perché effettivamente serve.

Forse si potrebbe immaginare anche di scrivere una parte che qui è rimasta un po' in ombra e cioè quella dedicata a commenti più comprensivi e riflessivi relativi a frustrazioni e soddisfazioni, a dubbi e interrogativi che hanno attraversato singoli e gruppi, a scoperte e conferme, a considerazioni sulle cooperazioni e sui conflitti, a invenzioni e acquisizioni metodologiche, a ritorni che sono arrivati dalle famiglie, a illusioni e delusioni, a cambiamenti raggiunti.

## 6. E per finire ... i progetti

Il percorso intrapreso e sperimentato nelle giornate seminariali con tanti operatori di diversi Servizi sociali e sanitari della provincia di Bologna ha consentito di arrivare ad alcune comprensioni, che sono state espone in questo volume. Si ritiene di poter offrire un contributo concreto, che costituisce un'opportunità di uscire dall'*impasse* in cui spesso ci si trova nella presa in carico delle famiglie multiproblematiche, rappresenta un tentativo di "guardare" e osservare le famiglie, e anche gli operatori, nella relazione, non per diagnosticarne i limiti, ma per individuare le risorse presenti.

Gianfranco Cecchin (Cecchin *et al.*, 1992) esorta a ricercare con curiosità ed energia le risorse delle persone e delle famiglie di cui ci si occupiamo; insegna che

*[l'operatore] irriverente sabota i modelli e le storie che vincolano la famiglia entro schemi prefissati, seminando confusione e incertezza e creando così le condizioni perché le persone possano sviluppare modelli e punti di vista diversi e possibilmente meno costrittivi.*

Cecchin suggerisce inoltre di farsi guidare dai modelli teorici e dalle ipotesi che aiutano ad entrare in relazione con la famiglia, ma anche di essere pronti a distaccarsene se non si rivelano utili nel portare avanti il percorso di sostegno. L'autore sollecita a riflettere costantemente sulle conseguenze delle azioni e dei modi di porsi, dei presupposti che sottostanno al pensiero degli operatori: solo nel momento in cui questo si realizza, l'operatore assume una posizione terapeutica ed etica al tempo stesso.

Bateson (1976) afferma che quando si osserva il comportamento delle persone è importante riconoscere e distinguere quanto appartiene alla persona che si sta osservando e quanto dipende dalla propria posizione, dal punto di vista di osservatore. Il contesto di apprendimento degli esseri viventi è strettamente connesso alla relazione, non è il frutto di un'operazione isolata e individuale. Pertanto un'abitudine a osservare le relazioni tra le persone che si incontrano e tra loro e gli operatori, aiuta gli operatori stessi a ricercare insieme a loro possibili aperture.

Marianella Sclavi (2000) ha elaborato sette regole per ascoltare<sup>8</sup> che consentono di mantenere viva la posizione di curiosità nell'accogliere le storie delle famiglie, nel tentativo di provare a costruire insieme a loro possibili condizioni di miglioramento.

---

<sup>8</sup> Le sette regole dell'arte di ascoltare:

1. *Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca.*
2. *Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista.*
3. *Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.*

Allargare la prospettiva alla ricerca delle risorse presenti nelle famiglie favorisce un cambiamento di paradigma di analisi e di intervento: si passa da una prospettiva diagnostica, nella quale il Servizio si assume in toto la responsabilità di cura, alla concezione di una co-costruzione del benessere possibile per ogni situazione familiare, all'interno di una comunità capace di prendersi cura dei suoi membri.

Ogni cambiamento implica dei distacchi da ciò che è più consolidato e rassicurante, richiede di prendere delle iniziative e misurarsi con alcuni rischi (Olivetti Manoukian, 2012): comporta delle trasgressioni che non si decidono ma si osano se si riesce ad avere quel tanto di fiducia in se stessi da credere realmente - e appassionatamente - a quello che si fa e a quello che ci si propone di raggiungere per rendere più umana la vita di tutti.

I progetti di intervento e le proposte di formazione di seguito presentati sono esemplificativi di sperimentazioni in atto o già concluse, o ancora da attivare, espressione del cambiamento di paradigma descritto in questo documento.

## **6.1. Programma Salute donna, infanzia e adolescenza**

Il 13 settembre 2006 il Collegio di Direzione dell'Azienda USL di Bologna approva obiettivi, contenuti e metodo del Programma Salute donna, infanzia e adolescenza.

I Programmi rappresentano per l'Azienda USL uno strumento di programmazione, organizzazione e valutazione dei processi organizzativi e dei percorsi assistenziali in ambiti operativi di particolare rilevanza sociale e/o sanitaria che risultano problematici.

Il Programma Salute donna, infanzia e adolescenza, come risulta dal documento di istituzione, affronta temi che sono tornati ad essere oggetto di attenzione sociale e politica, dopo un periodo durante il quale l'interesse e l'impegno erano stati rivolti ad altri *target* e aree problematiche. Nel documento citato viene infatti sottolineato che i cambiamenti sociali, avvenuti a livello macro e micro, hanno inciso profondamente nella struttura familiare, nella vita della coppia, nella comunicazione intergenerazionale e complessivamente nelle relazioni intra ed extrafamiliari, facendo emergere nuove

- 
4. *Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informo su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico.*
  5. *Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze.*
  6. *Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti.*
  7. *Per divenire esperto nell'arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica. Ma quando hai imparato ad ascoltare, l'umorismo viene da sé.*

espressioni della psicopatologia e nuove patologie sociali. La consapevolezza delle trasformazioni in atto ha condotto la Direzione aziendale a porre particolare attenzione all'offerta di risposte ai bisogni di salute della donna nelle diverse fasi della vita, della famiglia, dei bambini e degli adolescenti, per valutarne l'adeguatezza e per procedere a modifiche, miglioramento o innovazione.

Gli ambiti di intervento presi in considerazione sono: relazioni familiari, gravidanza, nascita, prima relazione madre/bambino, adolescenza, controllo della fertilità, menopausa. Rispetto a questi ambiti il Programma Salute donna, infanzia e adolescenza ha il compito di:

- monitorare l'attività svolta dai diversi servizi e strutture ospedalieri e territoriali per evidenziarne la rispondenza ai bisogni presentati dalla popolazione di riferimento, rilevarne i punti di forza, valutarne i risultati raggiunti;
- svolgere azione di supporto in caso si riscontrino fragilità o debolezze;
- favorire il superamento delle criticità riscontrate e migliorare le risposte procedendo a una fattiva integrazione fra i servizi territoriali e ospedalieri, sociali e sanitari valorizzando la multidisciplinarietà, assicurando equità nell'accesso e attenzione alle condizioni di svantaggio sociale, culturale, personale che possono generare disuguaglianze nei percorsi di cura;
- favorire l'integrazione delle prestazioni lungo l'iter clinico-assistenziale nel rispetto di alcuni criteri importanti: qualità e continuità dell'assistenza, uniformità, equità e priorità alle persone che presentano bisogni più complessi, di particolare gravità e/o tutelate da apposita normativa.

Dalla verifica effettuata nel 2012 sul raggiungimento degli obiettivi risulta che sono stati predisposti e attivati:

- protocollo assistenziale per le gravidanze fisiologiche;
- protocollo assistenziale per le partorienti con problemi sociali e sanitari, con particolare riguardo alle donne immigrate e nomadi;
- coordinamento delle attività volte alla prevenzione della malattia emolitica neonatale;
- percorso di assistenza al bambino con malattia cronica e alla sua famiglia;
- progetto di sostegno all'allattamento al seno e alla prima relazione madre/padre/bambino;
- percorso di prevenzione e cura della depressione *post partum*;
- protocolli assistenziali relativi alla contraccezione;
- protocollo assistenziale relativo alla infertilità;
- governo clinico e organizzativo per il trattamento dei disturbi connessi alla menopausa;
- percorso assistenziale per le donne con problemi uroginecologici;
- coordinamento e integrazione delle attività volte a prevenire e a contrastare il disagio giovanile;

- predisposizione di azioni volte al superamento delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi rivolti alla donna, all'infanzia e all'adolescenza;
- realizzazione di percorsi assistenziali integrati per le famiglie multiproblematiche, compresi quelli rivolti alle donne che subiscono violenza familiare.<sup>9</sup>

## **6.2. Centro di consulenza e terapia familiare dell'Azienda USL di Bologna - Distretto Pianura est e Distretto Pianura ovest**

Il contesto a cui si fa riferimento è l'ACTF, un centro di consulenza e terapia familiare ad indirizzo sistemico relazionale operativo presso l'Azienda USL di Bologna già dal 2000. Si tratta di un centro di secondo livello in quanto prende in carico famiglie inviate dai Servizi del Dipartimento di salute mentale e del Dipartimento di cure primarie. Il Centro svolge anche una funzione formativa e/o di supervisione per casi clinici complessi per i Servizi che ne fanno richiesta.

Vi lavorano quattro psicologi, uno psichiatra e un neuropsichiatra infantile dei Servizi territoriali Centro di salute mentale, Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza, SerT e Consultorio familiare.

Al Centro pervengono per lo più famiglie complesse e multiproblematiche, altamente disfunzionali, con diagnosi gravi e caratterizzate, nella maggior parte dei casi, da un alto carico per il Servizio inviante. Nella maggioranza dei casi inviati, vista la complessità delle diagnosi, il Servizio continua ad avere la referenza terapeutica anche quando il trattamento familiare ha inizio.

Caposaldo della metodologia è il lavoro di concertazione e collaborazione con i Servizi referenti dei casi in tutte le fasi del trattamento familiare, in un'ottica di responsabilità etica, professionale e integrata.

In una prospettiva sistemica, infatti, l'efficacia di un intervento di terapia familiare in un Servizio pubblico non si misura solamente attraverso l'esito in senso clinico, ovvero la riduzione dei sintomi/disagi dei pazienti e delle loro famiglie, ma anche attraverso indicatori di cambiamento di lettura del disagio e di cambiamento conseguente di azioni da parte degli attori del processo terapeutico stesso: paziente, famiglia, operatori.

Attraverso una metodologia di valutazione di tipo processuale, applicabile sia intra che inter Servizi, si cerca quindi di fare in modo che il livello specialistico e quello dei Servizi possano insieme creare una buona pratica condivisa e concertata per migliorare la risposta terapeutica al singolo e al suo contesto familiare. L'ACTF si presenta quindi come uno degli strumenti terapeutici possibili in mano ai Servizi e la sua efficacia dipende anche dalla possibilità di mantenere la connessione con i Servizi inviati.

---

<sup>9</sup> È il lavoro descritto nella presente pubblicazione.

L'*équipe* si occupa di casi clinici, riconducibili a una patologia o a una disfunzione delle relazioni familiari, con una sintomatologia che, per gravità e complessità, non può trovare una risposta adeguata nel singolo Servizio, ovvero:

- famiglie ad alto rischio di patologizzazione di uno o più dei suoi componenti;
- famiglie in cui il sintomo, individuato su un paziente, non è circoscrivibile ad esso;
- famiglie in cui il paziente presenta una sintomatologia riconducibile a un blocco del processo di individuazione-separazione;
- famiglie multiproblematiche e/o multisintomatiche;
- famiglie che ostacolano omeostaticamente il processo terapeutico del paziente.
- famiglie ad esordi psicotici;
- famiglie con disturbi specifici di apprendimento.

In questi anni si è registrato un *trend* in crescita degli invii di casi multitrattati e multiproblematici: casi a confine fra più Servizi sia sanitari che sociali, famiglie con una storia di contatti a vario titolo a volte anche decennali; storie lunghe nelle quali si sono succeduti molti cambi di gestione, di approcci diversi ... e dove gli "specialisti", sempre più settoriali, hanno aperto sentieri paralleli di interventi spesso a compartimenti stagni.

Per questi situazioni il Centro utilizza una metodologia di intervento sulla rete relazionale e istituzionale (che caratterizza tutte le storie multiproblematiche), connettendo ciò che prima era separato, rendendo visibile e comprensibile quello che prima era oscurato.

Quando l'inviante contatta l'ACTF per un eventuale invio o per una consulenza, viene chiesto quali altri Servizi/operatori sono coinvolti sul caso. A loro volta a questi ultimi viene rivolta la stessa domanda per scoprire e convocare il più alto numero possibile di parti in gioco

Nell'incontro per la presentazione degli invianti l'obiettivo è riattivare la curiosità sul caso. Infatti, secondo il principio del "cervello cibernetico batesoniano", convocare possibilmente tutte le parti in gioco significa connettere punti di vista diversi appartenenti anche ad approcci teorici diversi per attivare la curiosità necessaria a ricercare più ipotesi evolutive all'interno di una cornice che com-prende, cioè prende dentro di sé, le diverse storie e sfida le premesse attraverso:

- fare incontrare diverse professionalità che lavorano su diverse problematiche all'interno dello stesso caso;
- incontrarsi per riflettere al fine di aumentare l'efficacia, riducendo il caos;
- verificare, al momento della presentazione del caso, le carenze di integrazione della rete con domande poste a comprendere chi e cosa si conosce di quello che è stato fatto e come.

L'incontro per la presentazione non si può soffermare solo sulla descrizione della storia dei farmaci o dei ricoveri, ma deve portare a una nuova possibile storia che connetta tutte le parti. L'incontro per la presentazione del caso deve condurre a un linguaggio nuovo: da quello che definisce il problema e condivide la diagnosi, a quello stuzzicante e curioso che attivi forze evolutive. Quando ciò avviene si può affermare che non solo è stata creata una rete, ma anche un clima di rete.

### **6.3. A.A.A. Adozione, affido, accoglienza: percorsi di accompagnamento alla crescita rivolti alle famiglie adottive, affidatarie e accoglienti**

Il Dipartimento delle cure primarie dell'Azienda USL di Bologna, Distretto di Casalecchio di Reno, e l'Azienda speciale consortile InSieme hanno sperimentato un Progetto rivolto all'adozione, affido e accoglienza, nel quale le famiglie adottive, affidatarie o che si candidano ad accogliere un bambino possono trovare informazioni, preparazione, orientamento prima e sostegno poi, all'arrivo del bambino in famiglia.

Il Progetto integra gli interventi sociali e sanitari, con una metodologia di lavoro congiunta tra operatori sociali e sanitari che, nel rispetto delle singole professionalità, condividono gli obiettivi e il principio secondo il quale un bambino che non è potuto crescere nella sua famiglia di nascita possa, grazie all'accoglienza e all'affetto di una famiglia e di un contesto consapevole, diventare una persona ricca di affetti e di opportunità.

Il Progetto si pone gli obiettivi di prevenire i fallimenti adottivi, di individuare famiglie disponibili ad accogliere i bambini per limitare gli inserimenti in comunità sradicandoli dal loro ambiente di vita, e di sostenere le famiglie nel portare avanti con competenza il complesso compito genitoriale assunto.

Il percorso inizia dalla preparazione delle coppie e delle famiglie; cura la gestione dell'incontro con i bambini e diventa un sostegno attento e rispettoso dell'evoluzione delle singole storie familiari, ponendo particolare attenzione agli eventi critici, prevedibili e imprevedibili.

Tale impegno si concretizza con incontri di sostegno "leggeri e a lungo termine" rivolti alle singole famiglie e con incontri di gruppo. Infatti, oltre ai già consolidati gruppi di informazione e formazione all'adozione presenti su tutto il territorio provinciale, sono stati attivati gruppi di sostegno post-adozione, gruppi di famiglie affidatarie e accoglienti che si incontrano periodicamente e affrontano insieme argomenti o problematiche portate dai partecipanti.

Il Progetto prevede attività formative e di supporto agli insegnanti per aprire occasioni di scambio finalizzate a far conoscere meglio le caratteristiche dell'adozione, dell'affido e dell'accoglienza. Inoltre, nei Comuni del territorio vengono realizzati seminari e occasioni di incontro/festa con le famiglie per migliorare la cultura dell'accoglienza.

Il senso del lavoro è costruire con le famiglie, protagoniste attive, un tessuto di collaborazione tra i cittadini e i Servizi orientato a superare la dicotomia tra chi dà e chi riceve, in quanto tutti, a seconda della posizione e della fase che stanno attraversando, possono dare e ricevere. Il Progetto si colloca in questa cornice: ricercare, favorire e promuovere il processo di responsabilizzazione, attraverso l'acquisizione di una maggiore consapevolezza e le azioni di solidarietà reciproca delle persone coinvolte.

La condivisione e il confronto tra le famiglie ha favorito la costruzione di un processo di collaborazione, che può rappresentare un modello per migliorare la comunità locale e favorire una maggiore coesione sociale.



## **6.4. Proposta di formazione integrata rivolta agli operatori dell'Azienda USL di Bologna - Distretto di Casalecchio di Reno e dell'Azienda sociale consortile InSieme**

### *Premessa*

L'ipotesi progettuale di realizzare il corso di formazione qui presentato nasce da scambi e confronti tra gli operatori sociosanitari dei Servizi, che hanno rilevato difficoltà nello svolgimento degli interventi da parte delle Istituzioni nella valutazione, presa in carico e sostegno delle famiglie. Il ritiro delle deleghe per la gestione degli interventi sociali da parte dei Comuni del Distretto di Casalecchio e la conseguente nascita dell'Azienda sociale consortile InSieme ha comportato un cambiamento dell'organizzazione dei Servizi, *turnover* del personale, in particolare di educatori e assistenti sociali, e una conseguente destabilizzazione del precedente modello di lavoro. Si sono riscontrate, da parte dei Servizi, modalità differenti di presa in carico e posizioni divergenti, talvolta contrapposte, rispetto agli obiettivi del lavoro, e questo alimenta prese di distanza e sfiducia nelle Istituzioni chiamate a tutelare i diritti dei bambini e delle famiglie, che rischiano di svolgere questa funzione in modo così settoriale da risultare in parte inefficace.

Da qui è nata l'idea di progettare un corso di formazione che costituisca uno spazio di confronto tra operatori, sostenuto e accompagnato da contributi teorico/metodologici, per offrire un'opportunità di aggiornamento rispetto alle metodologie e agli orientamenti emersi durante il percorso di studio sulle famiglie multiproblematiche realizzato dall'Azienda USL, e per rispondere alle sollecitazioni per riflessioni e approfondimenti sulle prassi operative.

Nel rispetto delle autonomie professionali e del mandato istituzionale, si ipotizza che sia possibile promuovere connessioni efficaci tra operatori e tra Istituzioni coinvolte nell'ambito della tutela dei bambini e delle famiglie.

### *Obiettivi del corso*

Il corso prenderà in considerazione il percorso di presa in carico delle famiglie multiproblematiche, così come è stato delineato all'interno del progetto realizzato.

I problemi ricorrenti in questo ambito si riferiscono sostanzialmente ad aree tra loro strettamente legate, ma in parte distinguibili:

- valutazione della situazione delle famiglie multiproblematiche;
- presa in carico multiprofessionale;
- relazione con l'autorità giudiziaria.

Per fare in modo che la presa in carico della famiglia multiproblematica risulti più funzionale ed efficace è importante che gli aspetti problematici schematicamente richiamati siano considerati e trattati e che gli operatori dei diversi Servizi possano costruire un quadro di riferimento sufficientemente esplicitato e confrontato rispetto agli obiettivi del lavoro.

Il corso di formazione intende perseguire pertanto i seguenti obiettivi:

- confrontare e affinare la rilevazione e l'elaborazione dei dati importanti per arrivare a considerazioni più appropriate e attendibili nei confronti delle situazioni critiche;
- facilitare la comunicazione tra gli operatori dei diversi Servizi dell'Azienda USL e dell'Azienda sociale consortile InSieme, individuando sul piano operativo gli aspetti su cui è cruciale apportare un miglioramento nei passaggi delle informazioni;
- favorire la costruzione di collaborazioni fruttuose tra i diversi operatori e Servizi, per avviare interventi più efficaci a favore dei bambini e delle famiglie.

#### *Metodologia*

Il corso avrà un'impostazione formativa incentrata sul confronto tra diversi sguardi, differenti livelli istituzionali, diversi saperi disciplinari e pratiche professionali, in modo che i partecipanti siano sollecitati a prendere parte attiva e a sviluppare apprendimenti dalla propria e dall'altrui esperienza.

Il corso non avrà quindi una struttura didattica tradizionale, che privilegia la trasmissione di contenuti astrattamente rilevanti da parte di docenti "esperti" a un gruppo di operatori "inesperti"; saranno invece valorizzate le interazioni orizzontali, i saperi e le esperienze dei professionisti, per favorire il confronto e la riflessione.

*Tale progetto non ha potuto ancora essere realizzato, ma rappresenta una proposta tuttora attuale, per la quale sarebbe auspicabile trovare opportunità di implementazione.*

## **6.5. Centro specialistico "Il faro"**

Il Centro specialistico contro i maltrattamenti e gli abusi all'infanzia e adolescenza "Il faro" - Dipartimento delle cure primarie dell'Azienda USL di Bologna - è attivo dal 2002 ed è frutto di un Accordo di programma tra le Aziende sanitarie di Bologna e Imola, Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, la Provincia di Bologna e i Comuni dei Piani di zona della provincia bolognese.

L'*équipe* multidisciplinare del Centro è attualmente composta da psicologi, neuropsichiatra, assistente sociale, consulente giuridico, educatore professionale, pediatra e ginecologa.

L'attività del Centro si declina in:

- consulenza rivolta agli operatori dei servizi sociali e sanitari (territoriali e ospedalieri) e della scuola. La consulenza può essere telefonica, diretta o multidisciplinare, nei casi complessi che richiedono un confronto multidisciplinare con gli operatori;
- presa in carico (psicoeducazione, diagnosi e terapia, accompagnamento del minore nel procedimento giudiziario, consulenza alle famiglie e ai minori in carico ai Servizi);
- interventi collaterali: formazione, sensibilizzazione e spazio protetto per l'Autorità giudiziaria (incidente probatorio).

Tali attività sono rivolte a tutti i casi sospetti o conclamati di maltrattamento/abuso in relazione alla gradualità del processo di intervento nei casi in cui i professionisti avvertono bisogno di un confronto specialistico metodologico/operativo per:

- rilevazione dei segni e sintomi e confronto sulla rivelazione di maltrattamento/abuso;
- valutazione delle condizioni di rischio;
- segnalazione all'Autorità giudiziaria;
- confronto sugli interventi diagnostici e di cura.

La presa in carico prende forma all'interno della consultazione multidisciplinare come progetto integrato e condiviso con il Servizio/i inviante/i.

I *target* degli interventi sono:

- minori 0-18 anni residenti nella provincia di Bologna, vittime di gravi e conclamate forme di maltrattamento fisico, abuso sessuale o violenza domestica, accompagnate da evidenze cliniche, sociali e giuridiche, oppure da rilevanti manifestazioni di disagio;
- famiglie dei minori residenti nella provincia di Bologna, vittime di gravi e conclamate forme di maltrattamento fisico e abuso sessuale (ad esclusione dei genitori *sex offender*).

Il Centro effettua:

- diagnosi pediatrica, ginecologica, neuropsichiatrica infantile e psicologica del minore centrata sulle conseguenze del maltrattamento/abuso;
- consulenza giuridica, psicologica, educativa e sociale rivolta alle famiglie e ai minori;
- accompagnamento del minore nel percorso giudiziario;
- psicoterapia breve focalizzata sul trauma;
- laboratori di gruppo a carattere terapeutico in collaborazione con l'Associazione onlus "Isola che c'è";
- sostegno alle relazioni familiari e terapia familiare;
- valutazione congiunta (Consultorio e Servizio sociale) delle capacità genitoriali.

A giugno 2014 il Centro specialistico ha svolto circa 1.200 consulenze e dal 2007 ha preso in carico (diagnosi e terapia) circa 420 minori.

#### *Pubblicazioni selezionate*

- Cheli M, Valdiserra M. Segnalare all'Autorità giudiziaria: un nodo cruciale nel percorso protettivo dei bambini vittime di abusi. *MinoriGiustizia*, 2: 321-332, 2008.
- Cheli M, De Paoli R, Giacomuzzi S, Montenegro ME, Ricciutello C, Rubbini R. La consulenza agli operatori nei casi di violenza all'infanzia. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 12 (1) 121-131, 2009.
- Cheli M, Pinna A, Valdiserra M. La tutela dell'infanzia abusata tra la Carta di Noto e la Dichiarazione di consenso. *MinoriGiustizia*, 3: 288-297, 2009.
- Cheli M, Ricciutello C, Valdiserra M. (a cura di). *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di intervento per i Servizi sociali e sanitari*. Edizioni Maggioli, 2012.

- Cheli M, Campieri M, Fini A, Montenegro ME, Piccioni A, Pincanelli F, Ricciutello C. Esperienze traumatiche in età evolutiva e fattori di rischio familiari: un'indagine sugli esiti nello sviluppo. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 14 (3): 91-103, 2012.
- Ricciutello C, Cheli M, Montenegro ME, Campieri M, Fini A, Pincanelli F. Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Rivista di psichiatria*, 47 (5): 413-423, 2012.

#### *Contatti*

ilfaro@ausl.bologna.it

<http://www.ausl.bologna.it>

## **6.6. Laboratorio di narrazione per mamme e papà**

Il Laboratorio di narrazione per mamme e papà è un progetto sperimentale realizzato da psicologi della Neuropsichiatria infantile del Distretto di Casalecchio di Reno. Il progetto si poneva l'obiettivo di sostenere i genitori di bambini della fascia di età 8-14 anni in trattamento riabilitativo per difficoltà legate alla sfera emozionale, cognitiva e comportamentale, associate a situazioni familiari difficili (separazioni conflittuali, lutto, malattia fisica o psichiatrica, perdita del lavoro). In questo percorso gli operatori hanno utilizzato la metodologia della narrazione autobiografica per favorire il racconto di sé e la condivisione di esperienze e ricordi: sono state realizzate letture di brani e poesie che attivano la rielaborazione e si è incentivato il confronto tra i partecipanti intorno ad alcuni temi.

I temi affrontati sono stati:

- maturità/im maturità: autonomia e dipendenza relativa
- frustrazione e gratificazione: limite e non limite, quale libertà?
- ragione e sentimento - mente e corpo
- memoria e senso di continuità trans-generazionale

Il Laboratorio si è articolato in otto incontri della durata di due ore e mezza ogni tre settimane. Gli obiettivi sono:

- valorizzare le competenze genitoriali all'interno del percorso di cura dei figli;
- favorire una maggiore consapevolezza del proprio ruolo attivo nel percorso evolutivo dei figli;
- migliorare la relazione famiglia-Servizi;
- contenere i fattori di rischio e rafforzare i fattori protettivi personali e familiari.

I conduttori hanno assunto il compito di mediare e valorizzare l'ascolto reciproco e l'espressione del gruppo, facilitando l'instaurarsi di un clima accogliente e non giudicante che ha favorito in modo libero il racconto di sé e la condivisione di esperienze e ricordi.

*A seguito della positiva sperimentazione di tale progetto, sarebbe auspicabile che il Laboratorio potesse essere riproposto anche in altre sedi.*

# Bibliografia

- Abruzzese S. Fidarsi è bene. In Bianchi D. (a cura di). *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*. Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Istituto degli Innocenti di Firenze, 2004, pp. 251-257.
- Anderson H. Goolishian H. *I sistemi umani come sistemi linguistici: implicazioni per una teoria clinica*. Connessioni, 2: 1-27, 1992.
- Andolfi M. *Manuale di Psicologia relazionale*. Roma, Accademia di psicoterapia della famiglia, 2003.
- Aponte HJ. Structural Family Therapy. In Gurman AS, Kinsker DP. *Handbook of Family Therapy*. New York, Brunner Mazel, 1981.
- Axia G, Bonichini S. *La valutazione del bambino. Manuale di metodi e strumenti*. Roma, Carrocci, 2000.
- Bancroft L, Silverman JC. *The Batterer as a Parent*. Thousand Oaks, Sage, 2002.
- Barbagli M. *Sotto lo stesso tetto*. Bologna, Il Mulino, 1984.
- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*. Milano, Adelphi, 1976.
- Bercelli F, Leonardi P, Viaro M. *Cornici terapeutiche*. Milano, Cortina, 1999.
- Bowlby J. *L'attaccamento alla madre*. Torino, Boringhieri, 1972.
- Blunt Bugental D, Shennun W. Gender, Power and Violence in the Family. *Child Maltreatment*, 7 (1): 55-63, 2002.
- Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio*. Firenze, Giunti, 2003.
- Budd K. Assessing Parenting Competence in Child Protective Cases: a Clinical Practice Model. *Children and Youth Services Review*, 22 (8): 595-625, 2001.
- Buehler C, Gerard JM. Marital Conflict, Ineffective Parenting and Children's and Adolescents' Maladjustment. *Journal of Marriage and the Family*, 64 (1): 78-92, 2002.
- Camarlinghi R, d'Angella F, Olivetti Manoukian F, Schiavi P, Magnani M. (a cura di). Raccontare oggi il lavoro sociale. Inserto. *Animazione sociale*, 263: 40-77, 2012.
- Canevaro A. Nec sine te, nec tecum vivere possum. In Andolfi M. (a cura di). *La crisi della coppia*. Milano, Cortina, 2000.
- Cano A, Vivian D. Are Life Stressors Associated With Marital Violence? *Journal of Family Psychology*, 17: 302-314, 2003.
- Carli L. *Dalla diade alla famiglia. I legami di attaccamento nelle rete familiare*. Milano, Cortina, 1999.
- Carrà Mittini E. *La famiglia globale*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Cecchin G, Lane G, Ray WA. *Irriverenza*. Milano, FrancoAngeli, 1992.

- Christofferson MN, Soothill K. The Long-Term Consequences of Parental Alcohol Abuse: a Cohort Study of Children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25: 107-116, 2003.
- Cigoli V. *Modelli di interazione familiare*. Milano, FrancoAngeli, 1979.
- Cirillo S. *Famiglie in crisi e affido familiare*. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1986.
- Cirillo S, Di Blasio P. *La famiglia maltrattante*. Milano: Cortina, 1989.
- Combrinck L, Graham MD. A developmental Model for Family Systems. *Family Process*, 24: 139-150, 1985.
- Crema S, Roia F. *La tutela dell'infanzia. Normativa ed intervento giudiziario*. Milano, Unicopli, 2004
- Cremonicini V. Approccio comunitario: ruoli e rapporti tra soggetti sociali. In Bianchi E, Verno F. (a cura di). *Le famiglie multiproblematiche non hanno problemi*. Padova, Fondazione Zancan, 1995.
- Crittenden PM. *Nuove prospettive sull'attaccamento: teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*. Milano, Edizioni Guerini, 1994.
- Davis B. The Restorative Power of Emotions in Child Protection Services. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 18 (6): 437-454, 2001.
- De Francisci A, Piersanti T. *La famiglia fra vincoli e risorse. Percorsi terapeutici complessi*. Milano, FrancoAngeli, 2006.
- De Leo G. (1990). La famiglia nel processo di costruzione della devianza. In Scabini E, Donati P. *Famiglie in difficoltà tra rischi e risorse*. Milano, Vita e Pensiero, 1990.
- Demetrio D. *La scrittura clinica. Consulenza autobiografica e fragilità esistenziali*. Milano, Cortina, 2008.
- Di Blasio P. *Psicologia del bambino maltrattato*. Bologna, Il Mulino, 2000.
- Di Blasio P. *Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali*. Milano, Unicopli, 2005.
- Dunn MG, Tarter RE, Mezzich AC, Vanyukov M, Krisci L, Kirillova G. Origins and Consequences of Child Neglect in Substance Abuse Families. *Clinical Psychology Review*, 22: 1063-1090, 2002.
- Ehrensaft M, Wasserman G, Verdelli L, Greenwald S, Miller L, Davies M. Maternal Antisocial Behavior, Parenting Practices and Behavior Problems in Boys at Risk for Antisocial Behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 12 (1): 27-40, 2003.
- Fondazione Zancan. *La rete spezzata*. Milano, Feltrinelli, 2000.
- Foti C, Roccia C. *Abuso sessuale sui minori ed educazione sessuale*. Milano, Unicopli, 1998.
- Fruggeri L. *Diverse normalità*. Roma, Carrocci, 2005.
- Fruggeri L. *Famiglie*. Roma, Carrocci, 2006.
- Fumagalli E. Modelli terapeutici a confronto: è l'eclettismo integrativo una proposta unitaria? *Terapia familiare*, 63: 19-47, 2000.

- Gacci G, Olivetti Manoukian F. La formazione per il cambiamento organizzativo. il Laboratorio per dirigenti e funzionari del Settore Assistenza dell'Assessorato alle Politiche Sociali. *Quaderni di Politiche Sociali*, 2004.
- Garavini CM. Disagio, abuso, sofferenza dei minori. *Bambino Incompiuto*, n. 3, 1989.
- Garavini CM. Le strutture intermedie nel trattamento degli adolescenti. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 21, 1991.
- Garavini CM. Interventi educativi individuali: quale percorso? *Quaderni Educare in comunità*, n. 3, Regione Toscana, CNM, 1993a.
- Garavini CM. *La Tutela des menores: una modalidad e intervencion por parte de los servicio socio- sanitarios de una unidad Sanitaria Local del Territorio de Bolonia in La famiglia con Menores en riesgo de marginacion: intervencion social desde la responsabilidad publica*. Valencia, Edita Delegación de Servicios Sociales, 1993b.
- Garavini CM. *Maltrattamenti ed abusi dei minori: gli interventi, i progetti, le iniziative dei servizi socio sanitari dell'Azienda Usl*. Bologna: Istituti educativi, 1997a.
- Garavini CM. Il ruolo dei servizi sociali nell'allontanamento. In Bouchard M. (a cura di). *Quando un bambino viene allontanato: diritti del bambino, diritti degli altri*. Milano, Franco Angeli, 1997b.
- Garavini CM. Adozione e interventi socio-sanitari: la costruzione della relazione genitori-figli. *Funzioni di sostegno alla famiglia e alla genitorialità*. Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, 2000a.
- Garavini CM. L'affidamento familiare: quale linea di intervento? *Funzioni di sostegno alla famiglia e alla genitorialità*. Regione Toscana, Istituto degli Innocenti, 2000b.
- Garavini CM, Amodio G. *Strade interrotte. La tutela dell'infanzia violata*. Ferrara, Tecom Project, 2004.
- Garavini CM, Bortolotti G. Il ruolo dei servizi territoriali. *Il diritto di famiglia e delle persone*, anno XXIII, n. 3, 1994.
- Garavini CM, Bortolotti G. Famiglia e minori. In Zani B, Palmonari A. (a cura di). *Manuale di Psicologia di comunità*. Bologna, Il Mulino, 1996.
- Garavini CM, Bortolotti G. Servizi socio-sanitari di territorio e interventi di tutela del minore: evoluzione, situazione attuale, problemi aperti. In Mestiz A. (a cura di). *La tutela del minore del minore tra norme, psicologia ed etica*. Milano, Giuffrè, 1997.
- Garavini CM, Bortolotti G. Bambino e madre in comunità. *Prospettive sociali e sanitarie*, 3: 18, 2003.
- Garavini CM, Faccini A. Il neonato in attesa di adozione - il significato dell'accoglienza temporanea in famiglia. *Prospettive sociali e sanitarie*, 7: 19, 2003.
- Garavini CM, Franzoni F. *Consultorio e formazione*. Regione Emilia-Romagna e IRESS, 1981.
- Garavini CM, Bortolotti G, Galli D, Loperfido E, Marmocchi P. L'affidamento familiare: strumento e risorsa nella strategia di un servizio per l'età evolutiva. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 18, 1987.

- Garavini CM, Bortolotti G, Galli D. *Storie di servizi e di minori*. Milano, Franco Angeli, 1994.
- Garavini CM, Bianchi C, Bortolotti G, Pavia L. *Dal sé al noi*. Bologna, Jar Edizioni, 2011.
- Garavini CM, Busciolano S, Degiorgis L, Galli D. (a cura di). *Paternità e padri*. Milano, FrancoAngeli, 2013.
- Haley J. *Terapie non comuni*. Roma, Astrolabio, 1973.
- Leys R. *Trauma. A Genealogy*. Chicago, University of Chicago Press, 2000.
- Loperfido E. Interazione fra Servizi e rete sociale per prevenire evoluzioni psicopatologiche: modelli di intervento. Relazione Seminario di neuropsichiatria infantile, Lugano, 2 dicembre 1995
- Magistrali D, Fava S, Argenziano V. *Quando l'immigrazione è familiare*. Milano, FrancoAngeli, 1999.
- Malagoli Togliatti M, Lubrano Lavadera A. *Psicodinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*. Bologna, Il Mulino, 2002.
- Malagoli Togliatti MM, Rocchietta Tofani L. *Famiglie multiproblematiche - Dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*. Roma, Carrocci, 2005.
- Malagoli Togliatti M, Angrisani P, Barone M. *La psicoterapia con la coppia*. Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Maslach C, Leiter M. *Burn out e organizzazione*. Trento, Erickson, 2000.
- Neuburger R, Neuburger M. I terapeuti e le famiglie pluricomposte. *Connessioni*, 8: 25, 2001.
- Olivetti Manoukian F. Formazione e organizzazione. In Ambrosiano L, Carli R. *Esperienze di psicosociologia*. Milano, FrancoAngeli, 1982, pp. 140-171.
- Olivetti Manoukian F. L'educazione in famiglia: tra intenzionalità e destino. In Becchi E. (a cura di). *Storia dell'educazione*. Roma, NIS - La Nuova Italia Scientifica, 1987, pp. 51-72.
- Olivetti Manoukian F. *Stato dei Servizi. Un'analisi psicosociologica dei servizi sociosanitari*. Bologna, Il Mulino, 1988.
- Olivetti Manoukian F. *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*. Bologna, Il Mulino, 1998.
- Olivetti Manoukian F. Il circolo virtuoso conoscenza-azione. Il perno della ricerca-azione. *Animazione sociale*, n. 5, 2002a.
- Olivetti Manoukian F. Presupposti ed esiti della ricerca-azione. *Animazione sociale*, n. 11, 2002b.
- Olivetti Manoukian F. Ri-conoscere i conflitti nelle organizzazioni di lavoro. *L'educazione sentimentale*, 2: 97-107, 2003.
- Olivetti Manoukian F. Il circolo virtuoso conoscenza-azione. Il perno della ricerca-azione. *Spunti*, 9: 149-162, 2007a.



- Olivetti Manoukian F. Per sintonizzarci rispetto alla ricerca-azione. *Spunti*, 9: 61-64, 2007b.
- Olivetti Manoukian F. Presupposti ed esiti della ricerca-azione. *Spunti*, 9: 107-126, 2007c.
- Olivetti Manoukian F. Quel tanto di trasgressioni per lavorare nel sociale. *Animazione sociale*, 259: 61-73, 2012.
- Scabini E, Cigoli V. *Il familiare*. Milano, Cortina, 2000.
- Sclavi M. *Arte di ascoltare mondi possibili*. Pescara-Milano, Le Vespe, 2000.
- Summers RW, Hoffman AM. (eds). *Domestic Violence. A Global View*. Westport, Greenwood Press, 2003.
- Terkelsen KG. *Toward a theory of the Family Life Cycle*. New York, Gardner Press, 1980.
- Tsui M. *Social Work Supervision Context and Concepts*. Newbury Hill, Sage Publications, 2004.
- Wilson K, Sinclair I. A Kind of Loving: a Model of Effective Foster Care. *British Journal of Social Work*, 33: 991-1003, 2003.
- Wolock I, Sherman P, Feldman LH, Metzger B. Child Abuse and Neglect Referral Patterns: A Longitudinal Study. *Children and Youth Services Review*, 23: 21-47, 2001.



# COLLANA DOSSIER

## Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

### 1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (\*)

### 1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (\*)

### 1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna.

### 1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (\*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (\*)

### 1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier>

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (\*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

#### 1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (\*)

#### 1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (\*)

#### 1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (\*)

#### 1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (\*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (\*)

#### 1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (\*)

#### 2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)

#### 2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)

- 49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (\*)
- 51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
- 59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)

## 2002

- 60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna. (\*)
- 61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (\*)
- 65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (\*)
- 66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (\*)
- 67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
- 68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (\*)
- 69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (\*)
- 70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (\*)
- 71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (\*)
- 74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (\*)
- 75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

## 2003

- 76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (\*)
- 80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (\*)

- 81.** Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (\*)
- 82.** Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (\*)
- 83.** Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (\*)
- 84.** I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
- 85.** Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (\*)
- 86.** Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (\*)
- 87.** I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 88.** Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (\*)

## **2004**

- 89.** Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (\*)
- 90.** La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (\*)
- 91.** Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (\*)
- 92.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (\*)
- 93.** Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (\*)
- 94.** Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (\*)
- 95.** Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (\*)
- 96.** Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 97.** Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
- 98.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (\*)
- 99.** La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (\*)
- 100.** Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (\*)
- 101.** Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 102.** Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (\*)
- 103.** Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
- 104.** Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)

## **2005**

- 105.** SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna. (\*)
- 106.** La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (\*)
- 107.** Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 108.** Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna. (\*)
- 109.** Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.
- 110.** Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna. (\*)
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (\*)

- 113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (\*)
- 114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (\*)
- 115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (\*)
- 116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)

## 2006

- 117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (\*)
- 118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (\*)
- 119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (\*)
- 120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna. (\*)
- 121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (\*)
- 122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (\*)
- 123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (\*)
- 125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (\*)
- 126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (\*)
- 127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (\*)
- 128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (\*)
- 129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (\*)
- 130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (\*)
- 132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (\*)
- 134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (\*)
- 135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (\*)
- 136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (\*)
- 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (\*)
- 138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (\*)

## 2007

- 141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna.
- 142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (\*)
- 143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (\*)
- 144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (\*)
- 145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (\*)

- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (\*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (\*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (\*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (\*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (\*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (\*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (\*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (\*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (\*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (\*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (\*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (\*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (\*)

## **2008**

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (\*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (\*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (\*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (\*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (\*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (\*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (\*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (\*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (\*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (\*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (\*)

## **2009**

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (\*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (\*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (\*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (\*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (\*)
- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (\*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)



- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (\*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (\*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (\*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (\*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (\*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (\*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (\*)

## 2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (\*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (\*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (\*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (\*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (\*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (\*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (\*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (\*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (\*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (\*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (\*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (\*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (\*)

## 2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (\*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (\*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (\*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (\*)

- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (\*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (\*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (\*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (\*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (\*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (\*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (\*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

## **2012**

- 218.** La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (\*)
- 219.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (\*)
- 220.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (\*)
- 221.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (\*)
- 222.** Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223.** Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (\*)
- 224.** Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (\*)
- 225.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (\*)
- 226.** La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna.
- 227.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (\*)
- 228.** Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna.
- 229.** Indagine sul dolore negli ospedali, negli hospice e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 230.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2011. Bologna. (\*)
- 231.** *Incident reporting* in Emilia-Romagna: stato dell'arte e sviluppi futuri. Bologna. (\*)

## **2013**

- 232.** La nascita pretermine in Emilia-Romagna. Anni 2004-2009. Bologna. (\*)
- 233.** La qualità del servizio sociale territoriale in Emilia-Romagna. Bologna.
- 234.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2011. Bologna. (\*)
- 235.** La ricerca sociale e sociosanitaria: gli attori pubblici coinvolti. Indagine online in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 236.** Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il chronic care model. Bologna. (\*)

## 2014

- 237. Misurazione della qualità dei servizi alla persona. Risultati di un progetto regionale. Bologna. (\*)
- 238. Esiti riferiti dal paziente. Concetti, metodi, strumenti. Bologna. (\*)
- 239. Risorse umane in sanità: per una previsione dei fabbisogni in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 240. Programma regionale per i disturbi del comportamento alimentare. Contributi 2009-2012. Bologna. (\*)
- 241. Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità. Bologna.
- 242. Progetto regionale SOS.net - Rete sale operatorie sicure. 2011-2012. Bologna. (\*)
- 243. Il Programma di ricerca Regione-Università dell'Emilia-Romagna. L'esperienza dal 2007 al 2013. Bologna. (\*)
- 244. Qualità percepita nei Centri per i disturbi cognitivi. Materiali e proposte. Bologna. (\*)
- 245. Chi ascolta, cambia! Segnalazioni dei cittadini e qualità percepita nelle Aziende sanitarie. Bologna. (\*)
- 246. I tutor per la formazione nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna - Area vasta Emilia Nord. Bologna. (\*)
- 247. Automonitoraggio della glicemia e terapia insulinica iniettiva nel diabete mellito. Sintesi comparativa delle linee guida internazionali. Bologna. (\*)
- 248. Dispositivi per il monitoraggio continuo del glucosio e l'infusione continua di insulina nel diabete mellito Sintesi comparativa delle linee guida internazionali. Bologna. (\*)

## 2015

- 249. Teatralmente. Una valutazione d'esito applicata al Progetto regionale "Teatro e salute mentale". Bologna. (\*)
- 250. Qualcosa non ha funzionato: possiamo imparare? Il sistema dell'incident reporting in Emilia-Romagna. 2012-2013. Bologna. (\*)
- 251. Famiglie e famiglie "multiproblematiche". Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità. Bologna. (\*)

