

Intervento Teresa Bertotti – assistente sociale sociologa CbM

(Centro per il Bambino Maltrattato di Milano – referente commissione Cismai)

“I servizi per i bambini vittime di maltrattamenti e abusi: spunti per una riflessione sui modelli organizzativi”

Premessa

Il materiale per la riflessione e realizzazione di questa giornata è stato costruito dalla commissione scientifica utilizzando le esperienze dei singoli membri, il materiale di una serie interviste realizzate con 21 centri del Cismai, le riflessioni e gli stimoli raccolti sia nell'ambito del direttivo e dell'assemblea del cismai e il confronto quotidiano con colleghi.

Altri riferimenti nascono dalla partecipazione alla commissione nazionale del 1998 che ha prodotto il documento sulle strategie di contrasto (e il relativo studio sui modelli organizzativi adottati pubblicato sulla rivista Maltrattamento e abuso all'infanzia nel 1999), la riflessione sull'organizzazione dei servizi di Marianna Giordano, pubblicata su cittadini in crescita e una giornata di riflessione sulla tutela dei minori organizzata dall'IRS di Milano

Abbiamo scelto di utilizzare come base del confronto sugli assetti organizzativi l'indicazione delle funzioni necessarie messe a punto nel documento del Cismai "requisiti minimi dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia".

In estrema sintesi, quel documento indicava come per impostare interventi adeguati nei confronti dei bambini maltrattati fosse necessario attivare *quattro funzioni specifiche di presa in carico e alcune funzioni c.d. "di sistema"*

La quattro funzioni operative sono

- la rilevazione
- la protezione
- la valutazione
- il trattamento

A queste si aggiungono gli interventi di prevenzione.

Le funzioni "di sistema" sono:

- interventi di sensibilizzazione, prevenzione primaria
- formazione e supervisione operatori
- coordinamento istituzionale di rete
- sistema informativo, raccolta dati e monitoraggio del fenomeno

Le quattro funzioni sono utilizzare come chiavi di lettura nell'analisi dei vari assetti organizzativi, ricostruendo per ogni territorio una sorta di 'mappa' in cui si ricostruisce il quadro del "chi fa cosa – dove"¹.

Questa impostazione ci sembra permetta di salvaguardare delle aree di comparazione anche tra contesti molto diversi e in movimento.

Un altro livello di analisi riguarda gli *attori* in campo a livello macro e in relazione ai mutamenti in corso nell'ambito delle politiche sociali e dell'organizzazione dei servizi.

I Comuni, le ASL e il privato sociale sono i "macro attori" che consideriamo più significativi in quanto rappresentano i luoghi in cui si collocano prioritariamente le varie funzioni necessarie all'intervento e i sistemi maggiormente coinvolti in massicci cambiamenti istituzionali e organizzativi: la legge di riforma dei servizi sociali (328/00) – con il relativo "inglobamento" della l. 285/97 e la spinta alla costituzione dei ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali – la riorganizzazione dei servizi sanitari (con l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e le spinte verso la trasformazione delle ASL in agenzie deputate alla programmazione, acquisto e controllo dei servizi e non più la gestione diretta), e un maggior coinvolgimento del privato sociale nella realizzazione dei servizi sono gli elementi principali.

Abbiamo cercato di mettere in luce **i ruoli e i compiti al meglio giocabili** da ognuno dei tre attori nelle diverse funzioni della presa in carico², individuando i punti di forza e i nodi critici

¹ il "come" rappresenta l'area più specifica di lavoro delle commissioni che si dedicano al miglioramento delle competenze cliniche specifiche

² lasciamo ad altra occasione e allo scambio analogo analisi per le funzioni di sistema

prevalenti nelle diverse formule organizzative, rilevabili in particolare nella *gestione diretta degli interventi, adottando il punto di vista degli operatori.*

Ci esponiamo in questa presentazione per poter discutere e riflettere: siamo partiti da una assetto descrittivo e di raccolta di spunti critici, contraddizioni e incertezze, abbiamo delineato alcuni temi e alcune indicazioni come base per raccogliere le vostre reazioni, per sollecitare un dibattito e così forse sciogliere alcuni dubbi e rafforzare decisioni.

IL RUOLO DEI COMUNI

Salvo alcune rilevanti e significative eccezioni i comuni si affacciano sullo scenario dei servizi per i bambini vittime di maltrattamenti e abusi a seguito dei progetti realizzati nell'ambito della 285/97 e con la costituzione di servizi specialistici.

Con la 328/00 e il generale movimento di riorganizzazione dei servizi sociali, si diffonde il c.d fenomeno del "ritiro delle deleghe" e i Comuni istituiscono servizi specificamente dedicati alla tutela dei minori, con una complessa opera di ridefinizione delle competenze sia proprie sia altrui.

Per quanto riguarda le funzioni, i Comuni possono giocare un ruolo significativo in tutte le funzioni ma prioritariamente nella **prevenzione**, nella **rilevazione**, nella **protezione** e nella **'riparazione'** (intesa come reinserimento sociale, riconquista di condizioni di vita normale vivibile, integrazione nella comunità locale).

La dimensione comunale favorisce una maggiore attenzione alla dimensione del territorio e la considerazione del tema del maltrattamento infantile *insieme* ad altri temi (si veda la costituzione di osservatori sulla condizione giovanile/infantile); le esigenze delle popolazione minorile vengono 'lette' in relazione alle esigenze poste dalla collettività locale e ha la possibilità di promuovere una responsabilità sociale e collettiva sul problema. La 328/00 sottolinea questo aspetto attribuendo al livello dei comuni associati la gestione delle risorse e la pianificazione sociale

I vantaggi sono la capillarità e la vicinanza; gli svantaggi la dispersione della specificità della tematica del MTA (e la carenza di interventi sufficientemente specializzati).

In particolare, i servizi tutela territoriali favoriscono una buona *rilevazione* in quanto le persone maggiormente a contatto con i bambini (tipicamente la scuola - e i pediatri) possano accedere velocemente ad una buona consulenza e un orientamento nel caso di condizioni di sofferenza dei minori e sospetto di abusi, gravi trascuratezze e maltrattamenti. Nella fase di rilevazione è necessario valutare se sono necessari interventi di protezione dei minori in ambito giudiziario o se è meglio impostare altri tipi di intervento, in un contesto spontaneo.

Snodi critici

I servizi sociali territoriali possono essere organizzati come servizi sociali "polivalenti" (gli assistenti sociali si occupano territorialmente di tutte le problematiche) o suddivisi per aree tematiche.

Negli assetti organizzativi del primo tipo, che hanno il vantaggio di avere una visione complessiva non settoriale delle problematiche del territorio, gli operatori devono potersi avvalere di una funzione di consulenza specifica per supportare alcune scelte delicate e complesse.

Un secondo snodo riguarda la pluridisciplinarietà della rilevazione e quindi il contributo dello psicologo, sia come consulenza alla fase di rilevazione, sia come approfondimento diretto (diagnosi del maltrattamento e accertamento del danno), sia come risorsa per la valutazione e il trattamento. Molti servizi tutela comunali hanno attivato una competenza diretta attraverso la presenza dello psicologo nell'équipe di servizio; in alcune realtà, la rilevazione di casi particolarmente complessi vede la compresenza dei servizi comunali e delle ASL (*per esempio le équipe multidisciplinari del Piemonte, le intese con l'asl, reggio emilia, le equipe su chiamata del Friuli... ..*)

in questi casi si tratta di verificare in che misura questi organismi /gruppi di lavoro riescono a soddisfare i bisogni di consulenza e supporto della rete o quanto complessificano il processo decisionale.

Fase di protezione

I comuni giocano un ruolo cruciale nella **protezione** dei bambini; a loro competono le funzioni di tutela e affidatarie dell'infanzia.

La gestione dei servizi tutela da parte delle ASL ha spesso fatto sentire i Comuni solo 'enti pagatori' di prestazioni e interventi progettati e decisi in altra sede, di cui sfuggiva il significato e risultava difficile conoscere gli esiti e coglierne l'efficacia; talvolta in difficoltà di fronte a interventi, come potrebbe essere un allontanamento di un bambino, che se non ben gestiti potevano provocare lacerazioni e contrasti nel tessuto sociale della comunità. Nella realizzazione della protezione però il servizio territoriale può essere più facilmente influenzato dall'intervento della parte politica (se questa non è adeguatamente rispettosa /fiduciosa delle competenze tecniche). E' interessante qui vedere quali sono le strategie adottate per evitare questo rischio

La costituzione di uffici tutela comunali va considerata in merito a:

- un adeguato dimensionamento territoriale e un'analisi del giusto equilibrio di distanza/vicinanza alle istanze politiche del territorio
- la connessione con gli altri servizi/settori comunali
- la connessione con i servizi dell'ASL

La creazione di consorzi e altre forme di gestione associata dei servizi sociali sembrano essere una strada diffusa per maneggiare il tema del dimensionamento del servizio e il giusto grado di autonomia dall'aspetto politico.

Infine, la **valutazione** e il **trattamento** configurano un'ulteriore snodo critico, connesso alla necessità di *differenziare gli operatori* tra coloro che hanno attivato la segnalazione e sono incaricati di gestire la funzione di affidatari e responsabili della protezione dei bambini e coloro che sono impegnati nel trattamento, in particolare per quanto riguarda il trattamento della famiglia e dei genitori maltrattanti: è possibile infatti che, dopo l'attivazione della protezione si prefigurino due percorsi differenziati, in cui il benessere e le esigenze di cura dei bambini sono contrapposte alle esigenze di cura dei genitori

E' qui interessante vedere in che misura e come gli assetti organizzativi hanno tenuto conto di questa esigenza clinica e quali sono gli effetti delle diverse soluzioni adottate sull'intervento.

In generale, è interessante analizzare come ` articolata la "filiera produttiva", come sono state definite le funzioni dei Servizi Tutela dei Comuni, sia in relazione agli altri servizi comunali sia in nella connessione con i servizi dell'area sanitaria (una frequente linea di demarcazione è l'attivazione del servizio legata alla presenza di un incarico dell'AG) e quali risorse e strategie sono state impostate per rendere funzionali e fluide le connessioni.

Dalla prima relazione possiamo cogliere quali sono i percorsi e i modi in cui si può identificare il ruolo dei Comuni, e capire quali sono i vantaggi e gli svantaggi.

Nel gruppo di lavoro si cercherà di conoscere le diverse soluzioni organizzative adottate e tratteggiarne il grado di soddisfazione e miglioramento. Il tema del ritiro delle deleghe e la gestione in forma associata di funzioni precedentemente attribuite all'ASL produce la necessità di ripensare i modi di integrare le competenze sociali con quelle sanitarie.

IL RUOLO DELLE ASL

Riteniamo che le ASL abbiano un ruolo cruciale e decisivo da giocare in particolare in due fasi.

1. Nella diagnosi dei casi gravi di maltrattamento fisico, trascuratezze e abusi sessuali i MTA, offrendo accanto all'accertamento psico sociale un approfondimento medico
2. nel trattamento sia del minore ma in particolare della famiglia, dei genitori e degli adulti maltrattanti (attivando prese in carico sinergiche con tossicodipendenza, psichiatria ...)

Rispetto ai Comuni, le ASL hanno la possibilità di attivare una rete di interventi su un territorio più vasto, su più tematiche differenti, ad un elevato grado di specializzazione. Tradizionalmente hanno esperienza più consolidata nel lavoro d'équipe e pluridisciplinare; Hanno maggiori risorse nell'area dell'urgenza attraverso la connessione con i presidi ospedalieri. Talvolta hanno una certa consuetudine nella valutazione scientifica dei risultati e nella gestione di alcune attività `di sistema' quali il monitoraggio e la raccolta dati sugli interventi

Gli snodi critici sono connessi a queste specificità e riguardano il tema delle **connessioni** e il tema dalla **specializzazione**.

I servizi specialistici su MTA (in particolare quelli costituiti dalle ASL) sembrano risentire di una difficoltà di connessione con gli altri servizi della rete: talvolta sono visti come autoreferenziali, distanti dalle esigenze 'vere' del territorio, troppo concentrati sulla cura e la protezione dei minori e poco sulla cura e presa in carico dei genitori, o a rischio di produrre visioni settoriali della problematica dei minori³

Oggi possiamo dire di aver imparato che è necessario che vi sia un servizio specializzato con competenze anche in campo medico e psico sanitario ma che qualsiasi servizio specializzato (o specialistico) deve *dedicare un'attenzione specifica all'aspetto dell'integrazione*: anzi più è specializzato più investimento deve mettere in campo, pena una deriva pericolosa verso un'autoreferenzialità che può produrre danni anche elevati.

Si tratta di esigenze di integrazione sia dal punto di vista clinico, curando la condivisione dei criteri di valutazione utilizzati nella cultura professionale di tipo medico sanitario e quella di tipo sociale educativo, sia dal punto di vista istituzionale e organizzativo.

Pragmaticamente, laddove si sono implementati sistemi che vedono la collaborazione tra ASL e Comuni che hanno ritirato le deleghe, è possibile andare a vedere quali sono le "soglie" individuate per l'attivazione del sistema sanitario (*per esempio le unità tutela minori che intervengono quando c'è un decreto o un incarico della magistratura*)

Nell'analizzare le diverse soluzioni adottate, ci interessa quindi capire quali sono gli spazi che sono stati creati (e come funzionano)⁴ per salvaguardare l'integrazione tra l'esigenza di specializzazione e l'esigenza di 'generalità' e mantenimento delle connessioni.

Questo interesse è tanto più alto quanto più siamo di fronte a interventi legislativi che in modo sempre più massiccio tendono a settorializzare e separare le competenze sociali e sanitario, adottando, in particolare per il settore sanitario, dei sistemi di allocazione di risorse, caratterizzate dal sistema tariffario a prestazione di derivazione medica. E' evidente che tale impostazione non considera il valore e il vantaggio (anche monetario?) derivante dalla cura delle connessioni e dell'integrazione.

Inoltre l'integrazione va curata a più livelli: quella sostenuta dagli operatori nella costruzione della presa in carico del singolo nucleo familiare deve accompagnarsi ad una cura dell'integrazione tra i diversi servizi dello stesso ente (per esempio tra con i servizi psichiatrici e dipendenze dell'ASL o con gli ospedali) e tra i diversi enti (tipicamente tra ASL e Comuni).

Un possibile luogo di cura di quest'ultimo livello di integrazione è il piano di zona e i relativi tavoli di concertazione. Questo è ulteriore filone di interesse di questa nostra giornata di studio.

IL RUOLO DEL PRIVATO SOCIALE

Il privato sociale nel cismai

Nel campo del maltrattamento infantile e nella storia del CISMAI il privato sociale ha giocato, (a partire da Milano e Roma), un ruolo fondamentale e trainante per lo sviluppo delle conoscenze tecniche e scientifiche e nella sperimentazione e realizzazione degli interventi di protezione e cura. I centri storici del cismai si sono proposti come "laboratori" per lo studio e la messa a punto dei modelli di intervento, realizzando un'ampia attività di diffusione e di formazione, diventando progressivamente un ampio punto di riferimento scientifico ed esperienziale anche nel settore pubblico.

³ dalle interviste presso i Centri del cismai emerge un'interessante differenza di percezione: gli operatori dei servizi Cismai si rappresentano come 'di territorio' mentre i loro colleghi del territorio li percepiscono come "specialisti" .. *interrogarsi su ciò potrebbe mettere in luce la necessità del territorio di avere un supporto specializzato e da parte del servizio specialistico l'esigenza di non 'scollarsi' dalla dimensione territoriale*

⁴ si tratta di quelle che in un precedente articolo ho chiamato "prove di ricomposizione", osservabili in varie parti d'Italia

Nella generale espansione del III settore, anche nel cismai oggi esiste un privato 'storico e consolidato' forte dal punto di vista tecnico ed esperienziale e un privato più 'giovane' meno esperto sulla tematica specifica del MTA, molto motivato, eterogeneo, cresciuto in particolare a seguito dell'impulso dato dalla 285.;

Il privato sociale oggi e le funzioni nell'area del MTA

Numerosi fattori (nascita cooperative sociali, legge sul volontariato, associazionismo, sviluppo del III settore...consolidamento delle politiche che promuovono il welfare mix e i principi di sussidiarietà) hanno prodotto l'ampio sviluppo del c.d 'privato sociale': oggi rappresenta un mondo estremamente variegato e difficilmente descrivibile e 'categorizzabile, variamente diffuso sul territorio nazionale (in alcune regioni più presente e organizzato in altre meno).

Si occupa di aree molto diverse ed è spesso caratterizzato da forti identità e autorappresentazioni culturali e della propria mission.

Al di là dell'esperienza specifica del CISMAI dove il privato sociale si è occupato prevalentemente dell'area della **diagnosi** e della **cura**, nel panorama più ampio degli interventi e in riferimento alle quattro funzioni necessarie, ci sembra che il privato sociali occupi posti di rilievo nell'area della **prevenzione** (iniziative anche sperimentali, di vario genere a supporto delle famiglie, sostegno alla genitorialità etc) e nell'area della **protezione** (comunità, adm, etc).

Il privato sociale nella relazione con il pubblico

Facendo propria una definizione del CBM, il privato sociale del CISMAI si è tradizionalmente posto, rispetto all'ente pubblico, "al servizio dei servizi", e in una prospettiva di "con - correnza" (correre insieme ...) e non in competizione; questa prospettiva è in fase di modificazione, prefigurando un ruolo più "paritario" nell'ambito dell'evoluzione del sistema di Welfare (welfare Mix, welfare community, welfare delle responsabilità)

Il terzo settore è considerato parte del sistema integrato dei servizi sociali (l.328) con un ruolo riconosciuto di protagonista nei processi di policy making; **nei fatti (e dalle nostre interviste) salvo alcune eccezioni, non sembra esser stato coinvolto in modo rilevante nell'ambito della redazione dei piani di zona**; ci si domanda quale ruolo può rivestire nei processi di pianificazione delle politiche sociali sia in quanto "competente", sia in quanto "riconosciuto" come interlocutore e possibile "rilevatore di bisogni" (nuovi bisogni /capacità di rilevazione).

Il tema della partecipazione è delicato e complesso, in particolare in questa fase d'avvio della 328 e della stesura dei PdZ: per il privato sociale si pone sul tema della "rappresentanza" e della rappresentatività: si sono sviluppati anche ampi organismi di rappresentanza (consorzi vari, forum III settore, ..) che se da un lato consentono alle associazioni d'avere maggiori strumenti per una partecipazione consapevole alla complessità della pianificazione concertata delle politiche sociali, talvolta possono mascherare intenti lobbistici e di orientamento della spesa (in generale possiamo ipotizzare come la dimensione dell'ambito sia inversamente proporzionale al grado di partecipazione del privato sociale - più il comune è grande più ristretta la partecipazione reale)

Questo concerne sia la partecipazione ai tavoli della 328 che richiedono un radicamento e una presenza territoriale sia il tema *dell'economia di mercato*

Uno degli interrogativi aperti è relativo quindi a quali cambiamenti e adeguamenti il privato sociale deve affrontare per adattarsi alle modifiche del sistema di welfare senza perdere la propria identità.

C'è un privato sociale "giovane" che non ha sufficiente conoscenza della rete dei servizi e dei meccanismi organizzativi dell'ASL e/o dei Comuni (non riescono ad essere 'in rete' a livello istituzionale).

Il ricorso al privato **ha spesso consentito agli enti pubblici di realizzare gestire servizi altrimenti non facilmente realizzabili**, vuoi per il blocco delle assunzioni vuoi per la maggiore *flessibilità* e *innovatività* espressa dagli organismi del privato (in particolare le

cooperative sociali): si veda ad esempio le comunità di accoglienza per i minori, i servizi di educativa domiciliare, i centri diurni, i progetti sperimentali per l'affido etc.

Si tratta qui di interrogarsi su **quali sono le soglie tollerabili** che consentono di **mantenere contemporaneamente flessibilità innovazione e buona qualità degli interventi**.

Talvolta è accaduto che la costituzione di cooperative fosse connessa solo alla necessità di superamento delle rigidità del sistema pubblico e i blocchi delle assunzioni, **trasformando le cooperative sociali in meri "ufficio di collocamento"** o agenzie di "body rental", senza alcuna identificazione della mission e della ragion d'essere della coop).

Il tema del finanziamento del priv. soc

Ora si tratta di capire quali sono i meccanismi attraverso cui una cooperativa (o un'associazione del III settore) può mantenere un'elevata qualità degli interventi (di cui la stabilità e la formazione permanente del personale è elemento fondante) in un contesto altamente incerto quale quello prefigurato dallo scenario attuale e quello in cui i finanziamenti passano attraverso gare d'appalto, concorsi di progettazione etc.

Le forme di finanziamento del privato si stanno modificando: si riducono le forme di finanziamento basate sulle convenzioni e sono più frequenti quella basate su progetti o affidamenti di servizi: in fase di definizione infine i finanziamenti sotto forma di accreditamento.

Il finanziamento per bandi e per concorsi di progettazione, presente in alcune realtà, espone a temporaneità delle risorse a disposizione e fatica su investimenti a medio/lungo termine; è facile inoltre che si candidino nei bandi cooperative sociali senza esperienza a basso costo, con "progetti", che vincono in virtù di intese altre (appartenenza a consorzi etc.).

Altre forme di finanziamento sono i sistemi di accreditamento (e contratto per prestazione): ad oggi, nel campo dei minori si parla di criteri di accreditamento solo per le comunità; in alcune aree (per es. in Lombardia) si ipotizza di inserire nel sistema di buoni e voucher i servizi di ADM: ci domandiamo che effetto può avere questo per le strutture del privato sociale e quali sono gli elementi che consentono da un lato di poter 'restare sul mercato' e dall'altro di continuare a garantire interventi di qualità.

Infine, in particolare nell' area sanitaria comincia a diffondersi la presenza del privato anche profit, dato che in alcune regioni mancano normative che limitano la gestione dei servizi al privato sociale senza fini di lucro!