L'assistente sociale di comunità

Gruppi di cammino e promozione della salute

Mobbing coniugale e alienazione parentale

Spazio neutro e Consultazione partecipata

Youngle: giovani che ascoltano giovani

Gioia e benessere negli assistenti sociali

Prospettive Sociali e Sanitarie

4 2021
anno LI

QUESTIONI DI GENERE TRA PANDEMIA E SERVIZI

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in a. p. - 45%
art. 2 comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Milano

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE irs

DISUGUAGLIANZE E PARI OPPORTUNITÀ

1 *Questioni di genere tra esiti della pandemia e accesso ai servizi*
A. Casartelli, F. Merlini

2 *Cambio di strategia. Ripensare le politiche per le pari opportunità di genere*
D. Oliva

5 *Violenza di genere: dall'analisi del fenomeno alle strategie di intervento*
D. Loi, E. Paladino, F. Pesce

8 *L'esperienza del Centro LDV dell'Azienda USL di Modena*
M. Dotti

12 *Abbi cura di lei. Donne, droghe e Servizi: l'originale assente*
A. P. Lacatena

15 *Lavorare con l'alta conflittualità genitoriale. Rappresentazioni di genere nel servizio sociale*
G. Moretto, D. Mauri

Professioni sociali

19 *L'assistente sociale di comunità*
a cura del Gruppo di lavoro QuBì

Prevenzione

25 *I Gruppi di cammino e la promozione della salute. La sfida digitale al tempo del COVID-19*
S. Carraro, B. Ieva, C. Meroni, M. Muzzi

Maltrattamento e abuso

29 *Mobbing coniugale e alienazione parentale. Una ricerca tra vittime e operatori*
M. T. Maragò

Infanzia e adolescenza

32 *Spazio neutro e Consultazione partecipata. Un incontro possibile*
B. Friia, F. Di Cesare

Giovani

37 *Tra social media e social network. Youngle: giovani che ascoltano giovani*
D. Venturini, S. Alemanno, F. S. Santini

Professioni sociali

41 *Gioia e benessere negli assistenti sociali*
A. Sicora

Indice

45 *Indice 2021*

Illustrazione di copertina
Hans Braxmeier
www.pixabay.com/users/hans-2

Prospettive Sociali e Sanitarie è stampata usando le carte *Recital White* + e *Respecta 100* di Burgo Distribuzione, composte al 100% da fibre riciclate

Prospettive Sociali e Sanitarie **№ 4**
ANNO LI **autunno 2021**

Direzione
Emanuele Ranci Ortigosa (direttore responsabile)
Sergio Pasquinelli (direttore editoriale)
Ugo De Ambrogio (vicedirettore)

Caporedattore
Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione
Claudio Caffarena, Ariela Casartelli, Roberto Cerabolini, Diletta Cicoletti, Valentina Ghetti, Francesca Merlini, Daniela Mesini, Maurizio Motta, Franco Pesaresi, Dela Ranci Agnoletto, Remo Siza, Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico
Paolo Barbetta, Alessandro Battistella, Luca Beltrametti, Teresa Bertotti, Paolo Bosi, Annamaria Campanini, Maurizio Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco Musella, Giuseppe A. Micheli, Nicola Negri, Franca Olivetti Manoukian, Fausta Ongaro, Valerio Onida, Paolo Peduzzi, Marina Piazza, Costanzo Ranci, Chiara Saraceno, Maria Chiara Setti Bassanini

Contatti
Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 – fax 02 46764312
www.prospettivesocialiesanitarie.it

Ufficio abbonati
pss.abbo@irsonline.it

Abbonamento 2021
CCP n. 36973204
IBAN IT85 N034 4001 6130 0000 0110 600

€ 59,00 (privati); **€ 69,00** (ass. di volontariato e coop. sociali); **€ 89,00** (enti); **€ 96,00** (estero); **€ 99,00** (PRO).
L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Prezzo per copia: € 20,00

Progetto grafico e impaginazione
Riccardo Sartori

Stampa
Grafica Sant'Angelo
Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)
Tel. 0371 210290

Registrazione
Tribunale di Milano n. 83 del 5 marzo 1973

ISSN 0393-9510

È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

QUESTIONI DI GENERE TRA ESITI DELLA PANDEMIA E ACCESSO AI SERVIZI

Ariela Casartelli
Francesca Merlini

L'emergenza sanitaria ha portato con sé ovunque profondi traumi e alcune trasformazioni. Nelle abitudini quotidiane, nelle relazioni sociali e nei rapporti di lavoro. Come purtroppo spesso accade, a pagare il prezzo più alto sono stati ancora una volta i soggetti più fragili: gli anziani, gli adolescenti e soprattutto le donne.

Il sistema del welfare non è rimasto indenne a questi impatti, riproducendo e moltiplicando diseguaglianze e discriminazioni in un ambito che, pure per costituzione, sarebbe legittimo attendersi più attento di altri ai temi delle pari opportunità e meno permeabile alle diseguaglianze di genere.

Mentre prepariamo questo speciale da molti mesi è in discussione in Parlamento il DDL *Zan, che ha suscitato ampio dibattito, politico e mediatico, a dimostrare come il tema dell'identità di genere richiami aspetti culturali estremamente radicati nella società e solleciti a porre una grande attenzione a questi aspetti anche attraverso i servizi che si occupano di bambine/i, adolescenti e adulte/i.*

*Ricordiamo anche che gli obiettivi di Sviluppo Sostenibile, adottati dall'*ONU *nel 2015, impegnano tutti gli Stati a lavorare per raggiungere la parità ed eliminare la violenza di genere entro il 2030 (obiettivo n. 5, parità di genere). Raggiungere questo obiettivo richiede che vengano adottate azioni a diversi livelli politico, amministrativo, culturale, educativo e l'impegno di ognuno nel quotidiano anche in considerazione del fatto che secondo il* Global Gender Gap Report 2020 *del World Economic Forum sul divario globale di genere, l'Italia è al 70° posto su 153 paesi e nel 2018 era al 64°.*

Sono queste le ragioni fondamentali che sottendono alla volontà di dedicare per la prima volta su questa rivista uno spazio ampio e mirato alle questioni di genere, per dare un contributo di pensiero, di apertura a possibili spazi di riflessione sugli effetti della pandemia e sul ruolo che i servizi, del nostro sistema di welfare, hanno nel contribuire o contrastare le disparità di genere. Siamo consapevoli del fatto che la prospettiva di genere non riguarda solo le donne, che sono il focus *di questo inserto, ma tutte le persone come processo di costruzione sociale e di elaborazione simbolica e culturale dell'appartenenza di sesso. Si tratta quindi di un tema che riteniamo non possa essere confinato a specifiche analisi o riflessioni, ma debba attraversare tutti gli ambiti della vita sociale e collettiva e di conseguenza anche i servizi alla persona che tendono a pensarsi in modo neutro, dove neutro e maschile si sovrappongono. Occorre dunque contribuire a un significativo cambiamento culturale, che funga da argine ai molti stereotipi e alle diffuse discriminazioni a cui ancora si assiste.*

Va detto inoltre che in questo momento storico sono state stanziate risorse economiche straordinarie (il PNRR*), con la contestuale riapertura di un dibattito sulla ripresa post pandemia, che potrebbero essere l'occasione per modificare una rotta preoccupante e affrontare il tema delle disuguaglianze e dei pregiudizi di genere.*

Il prezioso lavoro di indagine e riflessione svolto da alcune colleghe e colleghi, che questo inserto di Prospettive Sociali e Sanitarie *accoglie, vuole restituire uno spaccato sul mondo del lavoro sociale in cui il diritto alla diversità e le garanzie di eguaglianza non riescono ancora a trovare il giusto spazio di ascolto e soprattutto la necessaria traduzione in adeguate politiche di settore.*

Nel costruire questo inserto abbiamo raccolto stimoli che provenivano da diversi fronti, a cominciare dalle preziose e interessanti analisi sulle Politiche per le pari opportunità di Daniela Oliva e sull'aggravarsi degli episodi di violenza alle donne in tempi di pandemia di Daniela Loi, Emma Paladino e Flavia Pesce.

Da questi sguardi generali abbiamo cercato e trovato alcuni contributi che consentissero di percorrere strade di approfondimento con uno sguardo più rivolto ai servizi e agli operatori provando ad applicare quella visione non neutrale ma di genere, ovvero andando oltre il consueto e il noto per aprire spazi di consapevolezza su quanto le differenze di genere si possano trasformare in diseguaglianze e di come la dimensione di genere sia una presenza costante nel lavoro sociale.

Il primo approfondimento strettamente connesso al tema della violenza, di Monica Dotti, aggiunge un tassello all'analisi sopracitata riportando l'esperienza di intervento di un Centro Antiviolenza con gli uomini autori di maltrattamento nei tempi di pandemia. Abbiamo chiesto questo contributo perché parlare di genere non è solo fare riferimento alle donne ma significa prendere in considerazione la relazione tra maschile e femminile nella sua complessità culturale.

Proseguiamo con una proposta di lettura del lavoro degli operatori in ottica di genere, in due specifiche realtà, i servizi per le dipendenze con Anna Paola Lacatena e i servizi per famiglie che si occupano di separazioni ad alta conflittualità con Diletta Mauri e Giulia Moretto. Questi due articoli sollecitano la consapevolezza degli operatori e una nuova riflessione sui propri sguardi e alla possibilità di modificarli per stare a contatto con la complessità delle relazioni e del nostro essere uomini e donne.

Speriamo che la nostra proposta vi appassioni come è stato per noi pensarla, costruirla e darle forma. Buona lettura!

Daniela Oliva

CAMBIO DI STRATEGIA Ripensare le politiche per le pari opportunità di genere

IL PUNTO

L'emergenza sanitaria sta finendo. Al di là delle misure prudenziali che saranno eventualmente prese nei giorni a seguire, il dibattito politico si è già spostato, da varie settimane, sugli impatti negativi della pandemia. I problemi sul tavolo sono molteplici e le posizioni in campo differenziate. Su un impatto ci sembra, tuttavia, di riscontrare una convergenza unanime. Ovvero, sul fatto che la pandemia abbia creato, da un lato, e acuito, dall'altro, le disuguaglianze, trasversalmente a tutte le sfere che segnano la vita delle persone: l'istruzione, il lavoro, lo *status* economico, le relazioni sociali, le relazioni famigliari. Con un aumento, per inciso, degli episodi di violenza tra le mura domestiche.

Tra tutte le disuguaglianze che potremmo elencare, quella di genere è, forse, la principale, se non altro perché accomuna e riguarda oltre la metà della popolazione. Al momento, in nessun Paese europeo è stata raggiunta la parità di genere, ma certamente i livelli di squilibrio sono molto differenziati. Secondo il *Gender Equality Index 2020*, redatto dall'European Institute for Gender Equality (EIGE) l'Italia è collocata al 14° posto nella graduatoria dei Paesi europei. La condizione di disuguaglianza delle donne interessa ed è trasversale a tutte le aree di analisi, anche se con indici differenti, comunque sempre inferiori alla media europea. L'Italia si trova, inoltre, al 76° posto su 153 Paesi secondo la certificazione del *Global Ranking for Gender Equality* del World Economic Forum.

Abbiamo lasciato l'anno 2020 con alcune riflessioni che rappresentavano, per chi scrive, la presa di coscienza di un fallimento delle politiche di promozione delle pari opportunità di genere.[1] Il termine fallimento può sembrare a prima vista eccessivo, ma quando si parla di politiche pubbliche, ogni arretramento rappresenta in qualche misura un fallimento più o meno importante. Adottare un atteggiamento più ottimista guardando a quello che rimane, che ha resistito alla tempesta, può essere consolante, ma non crediamo aiuti molto per migliorare l'approccio alla questione rendendolo più efficace.

L'ANALISI DEL PASSATO INFLUENZA LE POLITICHE FUTURE

L'assunto iniziale, infatti, è parte centrale della questione. Come si accennava, se l'analisi è che, tutto sommato, è vero che si sono acuite le disuguaglianze di genere, le donne hanno pagato un prezzo più alto degli uomini, che comunque, la pandemia ha colpito tutti e che, insomma, il processo di evoluzione nella direzione della parità di genere si è solo interrotto, allora significa che bisogna semplicemente riprendere il cammino e continuare il percorso intrapreso negli anni passati. Dunque, in buona sostanza, politiche di promozione dell'occupazione femminile e di conciliazione per un maggiore supporto sul versante dei servizi di cura per minori e anziani.

Se, invece, come precedentemente scritto e richiamato, l'analisi è che la pandemia ha messo in luce la sostanziale debolezza dei risultati "di parità" che sembravano raggiunti, allora il punto non è ricominciare da dove ci siamo interrotti, ma ripensare l'intera strategia di attacco al problema. Una strategia che metta al centro due questioni, a nostro avviso, cruciali: il tempo e la robustezza dei risultati. Sappiamo che il tema della parità di genere richiede un profondo cambiamento nei modelli socio-culturali delle persone e delle società: ma quanto tempo siamo disposti ad aspettare? Possiamo aspirare a processi evolutivi un po' più veloci? E possiamo ragionevolmente pretendere che i risultati raggiunti non vengano spazzati via dalla prima tempesta, per quanto possente, che arriva?

NEL SOLCO DELLA CONTINUITÀ...

Dunque, come si diceva, in questo primo semestre dell'anno, si è ricominciato a parlare di come affrontare i danni lasciati dalle scelte intraprese per contenere l'emergenza sanitaria.

Le misure fin qui previste si inseriscono, essenzialmente, nel solco della continuità rispetto alle politiche pre-COVID-19: da un lato, dispositivi che potremmo definire di natura "compensativa" e sostanzialmente simbolica per lo più finalizzati a riconoscere il ruolo delle donne e la rinnovata importanza del tema nell'agenda politica. Dall'altro, misure finalizzate a promuovere l'occupazione femminile parallelamente al rinforzo dei servizi di cura per consentire una migliore conciliazione lavoro-famiglia.

Rientra a pieno titolo nel gruppo delle misure compensative, ad esempio, la costituzione presso il Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri di una *task force* (composta da solo donne) che ha stilato, a luglio 2020, un documento[2] organizzato su tre punti ritenuti centrali per il superamento delle discriminazioni di genere:

1. la ricerca, le STEM e la formazione delle competenze;
2. la promozione del lavoro femminile e inclusione delle donne nei ruoli decisionali;
3. la riorganizzazione dei tempi di vita e lavoro e metodologie di comunicazione finalizzate all'abbattimento di stereotipi e cambio di paradigma. Dispositivo, quello della task force, di tipo essenzialmente simbolico, finalizzato a dare voce e mettere sul tavolo analisi e proposte per il futuro che sarebbe arrivato una volta usciti dall'emergenza.

Per quanto riguarda il secondo tipo di misure (promozione dell'occupazione femminile e rinforzo dei servizi di cura), il riferimento d'obbligo è al programma *Next Generation EU* (NGEU), varato dall'Unione europea in risposta alla crisi pandemica e comprensivo di due strumenti principali: il *Pacchetto di Assistenza alla Ripresa per la Coesione e i Territori d'Europa* (REACT-EU 2021-2022) e il *Dispositivo per la Ripresa e Resilienza* (RRF 2021-2026). Il dispositivo RRF richiede agli Stati membri di presentare un pacchetto di investimenti e riforme: il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR).

Il PNRR è un documento che presenta una complessità coerente con le ingenti risorse in campo e rispetto al tema del superamento degli squilibri di genere adotta il già consolidato *dual approach* previsto dalle politiche comunitarie, ovvero azioni espressamente dirette alla popolazione femminile e azioni di *mainstreaming* che prevedono la costante assunzione di un approccio e un'ottica di genere in ogni ambito di vita e/o politica pubblica.

Il PNRR prevede sei Missioni, una delle quali (*Missione 5: Coesione e inclusione*) espressamente dedicata alle politiche attive del lavoro, all'imprenditoria femminile, al potenziamento dei servizi di cura, al sostegno alla famiglia e alla genitorialità. Molto in sintesi, le sei Missioni condividono tre priorità trasversali (*mainstreaming*) relative alle pari opportunità generazionali, *di genere*, territoriali. Nella *Missione 1* sono messe in evidenza le opportunità legate alla promozione di posizioni dirigenziali nella pubblica amministrazione e parallelamente, le opportunità di conciliazione offerte dalla diffusione dello *smart working*. La *Missione 2* ipotizza un contrasto alle disuguaglianze di genere attraverso le misure di edilizia residenziale pubblica, anche in considerazione del fatto che la maggior parte delle famiglie monoparentali è affidata a donne. La *Missione 3* avrà il compito di supportare la mobilità delle donne che, più degli uomini, utilizzano trasporti collettivi e fanno frequenti viaggi nel corso della giornata. Nella *Missione 4* è previsto il Piano asili nido e l'orientamento delle studentesse alle discipline STEM. La *Missione 6* rafforza i servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare.

Il 16 giugno la Ministra per le Pari opportunità e la Famiglia ha presieduto un incontro istituzionale dedicato alla finalizzazione della Strategia per la parità di genere 2020–2025, adottata dalla Commissione europea a marzo 2020. La Strategia nazionale conterà sulle risorse economiche previste nell'ambito di *Next Generation EU* e delle altre misure europee, in modo da garantire che effettivamente siano efficaci le misure previste nell'ambito del PNRR italiano.[3] Nei primi giorni di luglio si è svolto, inoltre, il *G20 Empower*, sotto la presidenza italiana, per sostenere e promuovere l'*empowerment* femminile nelle tre dimensioni strategiche dell'Agenda G20 per il 2021: Persone, Pianeta e Prosperità.[4]

...QUALE NUOVA STRATEGIA?

Il tema delle pari opportunità di genere non è solo una questione, sia pur fondamentale, di diritti. È una questione che ha a che fare con la crescita economica del Paese, con l'aumento della natalità la cui correlazione positiva con l'occupazione femminile è ampiamente documentata, è una questione di sostenibilità e qualità del modello sociale di sviluppo. Le donne non sono una categoria fragile da proteggere e tutelare: sono oltre la metà della popolazione del Paese e rinunciare al loro pieno contributo significa marginalizzare la posizione del nostro Paese rispetto a realtà europee e non che hanno compreso meglio di noi la posta in gioco.

Il PNRR rappresenta, sulla carta, una grande opportunità. Ma, per l'appunto, si tratta ancora di intenzioni sia pur ben supportate sul piano finanziario. Come prevedibile, critiche si sono sollevate da più parti in merito alle percentuali di allocazione delle risorse sulle varie misure previste, in particolare, per quanto riguarda il nostro tema, sull'ambito degli asili nido e sull'imprenditoria femminile. Ma non ci sembra questo il punto nodale della questione quanto, piuttosto, capire quali saranno le probabilità di successo del PNRR nel ridurre le disuguaglianze di genere in un tempo ragionevole e con risultati più solidi di quelli fin qui registrati.

Il PNRR adotta una strategia politica pienamente in continuità con quelle precedenti, sia dal punto di vista metodologico (*dual approach*) che dal punto di vista delle azioni in campo. L'obbligo di monitorare e valutare il programma in ottica di *gender mainstreaming* non rappresenta, di per sé, una novità dal momento che è prevista, quantomeno in via teorica, nella più parte dei programmi europei. Infine, la dimensione delle risorse finanziarie potrebbe, paradossalmente, rivelarsi un elemento di criticità stante la costante difficoltà nazionale all'utilizzo pieno delle risorse legate ai fondi strutturali.

Dunque, stante il fatto che tutto quanto contenuto nel PNRR è perfettamente coerente con il nostro obiettivo e può certamente concorrere al superamento delle disuguaglianze di genere,

Note

1 Oliva D., "Disuguaglianze di genere e COVID-19. Un successo dalle gambe deboli", *Welforum.it*, 9 febbraio 2021.

2 *Donne per un nuovo Rinascimento. Le proposte*, Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2020.

3 Nel momento in cui scriviamo la bozza di documento predisposta dal Dipartimento non risulta ancora pubblica.

4 Il G20 Empower è un'alleanza tra aziende private di un Paese e rispettive istituzioni che si impegna per diffondere e realizzare buone pratiche, nonché formulare raccomandazioni ai governi al fine di favorire l'assunzione di tali obiettivi. Sarà anche istituito un Osservatorio per monitorare i risultati raggiunti.

Daniela Oliva
Sociologa, presidente dell'Istituto per la Ricerca Sociale, è anche direttora dell'Area Politiche della Formazione e del Lavoro di IRS, dove si occupa da anni di progettazione, monitoraggio e valutazione delle politiche della formazione, del lavoro e delle pari opportunità di genere e per tutti.

quali potrebbero essere gli elementi di novità che possono renderci più ottimisti rispetto al successo e alla consistenza dei risultati attesi con l'attuazione del PNRR?

Uno degli obiettivi della Missione 5 è riferito alla definizione di un *Sistema nazionale di certificazione della parità di genere* che dovrebbe accompagnare e incentivare le imprese all'adozione di *policy* coerenti e adeguate a ridurre il *gap* di genere in tutte le aree critiche (opportunità di carriera, parità salariale a parità di mansioni, gestione delle differenze, tutela della maternità). Il sistema avrà una natura premiante e prevede l'istituzione di un albo di enti accreditati alla certificazione. Nella fase sperimentale (fino al 2026) la certificazione sarà agevolata per le imprese medie, piccole e micro e prevede l'attivazione di servizi di assistenza tecnica e accompagnamento.

Questo obiettivo del PNRR ci pare di particolare interesse perché si affianca ai tradizionali incentivi per l'assunzione di donne e apre la porta a possibili dispositivi e politiche di regolazione che possono supportare le politiche che operano sul piano culturale e della promozione verso la parità di genere. Non ci pare corretto, tuttavia, che solo il sistema imprenditoriale debba dimostrare di essere *gender sensitive*, sia pur attraverso dispositivi premianti.

Come si ricordava,[5] nelle politiche per le pari opportunità di genere troviamo due macro filoni di pensiero: da un lato, i fautori (le fautrici) di quello che potremmo definire un processo di maturazione culturale. Sostenuto, certo, anche da politiche esplicitamente "a discriminazione positiva" finalizzate a favorire in maniera esplicita gli uomini piuttosto che le donne per riequilibrare le posizioni in essere. Dall'altro, le sponsor di quella che spesso gli oppositori chiamano "la politica del panda".

La pandemia, fra i tanti effetti, forse ha avuto anche quello di avvicinare queste due posizioni.[6] Oggi, dunque, alla luce degli obiettivi (e delle risorse) del PNRR, ma anche delle debolezze strutturali del nostro Paese, pensiamo che il tema delle pari opportunità oggi e dell'equilibrio di genere domani, debbano essere supportati anche sul piano regolativo. Ad esempio, con l'istituzione di un'*Authority* che sorvegli e sanzioni la mancata applicazione dei principi (equilibrio e *mainstreaming* di genere) nell'attuazione delle politiche, obblighi a valutare *ex ante* l'impatto potenziale delle decisioni pubbliche sulle pari opportunità, si assicuri che venga intrapresa con maggiore coraggio una strategia integrata che, sorretta dalle opportune risorse economiche, lavori parallelamente sul cambiamento dei modelli socio-culturali che nutrono le disparità di genere, sui dispostivi premianti per quanti si impegnano in questa direzione e su quelli sanzionatori là dove le strade promesse non vengono percorse con la dovuta convinzione. Se è vero, infatti, che la robustezza dei risultati raggiunti è garantita solo da un cambiamento dei modelli socio-culturali, è vero anche che politiche regolative possono aiutare ad accelerare tali processi. In questa cornice, un intervento del PNRR anche nel campo delle politiche culturali in senso lato non avrebbe stonato.

Non siamo certi che questa strategia combinata di *moral suasion* premi e sanzioni trasversali a tutti gli ambiti della vita e a tutte le politiche pubbliche avrà maggiore successo della strada fin qui percorsa. Una recente indagine IPSOS curata per il Laboratorio Futuro dell'Istituto Toniolo,[7] nella sua riedizione a distanza di un anno da quando è scoppiata la pandemia, oltre a confermare uno scenario cupo per l'occupazione femminile, sottolinea l'inaspettato dato di una grande maggioranza di uomini che riconosce la discriminazione come motivo principale del *gender pay gap* e che la difficoltà di accesso ai ruoli dirigenziali è frutto, in primo luogo, della discriminazione di genere e della mancata condivisione del lavoro di cura (rispettivamente, 65% e 61%), mentre il 62,7% considera giusta la misura delle quote di genere (contro il 76,7% delle donne) nei consigli di amministrazione delle aziende. Se tutto ciò dovesse essere il frutto di un cambiamento culturale nell'universo maschile, forse, con gli opportuni incoraggiamenti di cui sopra, ce la potremmo fare.

Note

5 Cfr. nota 1.

6 Golfo L., "La parità di genere, chimera anche in tempi di COVID", *Il Sole 24 Ore*, 24 aprile 2020.

7 Ferrario T., Profeta P., "Finalmente anche i maschi riconoscono che le donne sono troppo discriminate", *Il Sole 24 Ore*, 15 giugno 2021.

IL NETWORK DI PROSPETTIVE SOCIALI E SANITARIE
www.prospettivesocialiesanitarie.it
www.prospettivesocialiesanitarie.it/scambi
www.facebook.com/ProspettiveSocialieSanitarie
www.twitter.com/ProSoSan
www.prosp.it/linkedinPSS
Prospettive Sociali e Sanitarie

VIOLENZA DI GENERE: DALL'ANALISI DEL FENOMENO ALLE STRATEGIE DI INTERVENTO

Daniela Loi
Emma Paladino
Flavia Pesce

In Italia, durante il periodo pandemico, si è registrato un significativo aumento delle segnalazioni di episodi di violenza domestica contro le donne. Nonostante l'allarme lanciato dai centri antiviolenza, il fenomeno della violenza di genere, che necessariamente dovrebbe essere posto al centro delle agende politiche, risulta ancora difficile da contrastare e da prevenire. La complessità dei fattori dai quali scaturisce, infatti, richiede interventi su molteplici livelli, coordinati tra vari attori. A questo è necessario anteporre una profonda comprensione del fenomeno, che passi non soltanto attraverso la raccolta di dati amministrativi ma anche dall'osservazione e comprensione delle esperienze dirette, rielaborate attraverso strumenti della ricerca sociale. Se, da una parte, l'adattamento di metodologie di ricerca può risultare funzionale alla progettazione di un percorso di fuoriuscita dalla violenza per la singola donna, dall'altra permette di raccogliere e analizzare dati sul fenomeno, soprattutto in relazione alle caratteristiche individuali.

I PERCORSI DI ALLONTANAMENTO DALLA VIOLENZA DOMESTICA DURANTE L'EMERGENZA SANITARIA

Supportare le donne che hanno subito violenza domestica richiede anzitutto di conoscere le dimensioni della violenza che le colpisce, le forme in cui si manifesta e i meccanismi socio-culturali che la sottendono. Conoscere il fenomeno favorisce, infatti, la definizione di migliori strategie di prevenzione e contrasto e può consentire di ridurne la gravità degli effetti. È l'analisi della realtà sociale a rendere espliciti le motivazioni, gli scopi e i comportamenti degli individui affiancando a una conoscenza di tipo "esperienziale e di senso comune" una conoscenza più scientifica della realtà che può aiutare anche a tradurre pratiche consolidate di azione in strumenti conoscitivi e di intervento più efficaci. È quindi soprattutto il connubio tra esperienza e pratiche, da un lato, e osservazione scientifica e ricerca-azione volta all'identificazione dei bisogni delle donne e dei servizi, dall'altro, a dispiegare nel suo insieme enormi potenzialità.

La ricerca sociale al servizio dell'operatività dei centri antiviolenza può rivelarsi molto utile per l'adattamento delle metodologie e strumenti di intervento ai nuovi bisogni e per fronteggiare situazioni critiche come quella verificatasi nel corso della recente emergenza sanitaria, come confermato dall'indagine pubblicata da CEPOL nel luglio 2020[1] e dalle stesse Nazioni Unite.[2] L'aumento degli episodi di violenza di genere è stato infatti definito "pandemia ombra". Secondo un recente studio condotto dall'EIGE (2021),[3] quando la pandemia ha colpito, nessuno Stato Europeo disponeva di un piano di emergenza sensibile al genere per affrontare possibili ondate di violenza contro le donne, né i servizi specializzati erano pronti a far fronte a nuove modalità di intervento per garantire la continuità dell'assistenza. In Italia, dove l'esplosione dei casi di violenza è stato sostanziale,[4] l'attenzione è stata posta sulle misure tese a rinforzare l'accesso, anche telefonico[5] o telematico, ai canali che assicurano il supporto immediato, nonché sull'attività di sensibilizzazione che è stata svolta nei confronti dei servizi generali (forze dell'ordine)[6] e delle farmacie.[7] In risposta alle restrizioni, sono stati soprattutto i servizi di supporto alle donne che intraprendono un percorso di fuoriuscita dalla violenza, segnatamente centri antiviolenza e case rifugio, a dover trovare nuovi modi di fornire sostegno, continuando a garantire i colloqui protetti pur lavorando prevalentemente (57%) o esclusivamente (32%) da remoto così come testimoniato dall'indagine CNR-IRPPS (2020).[8] L'indagine ha permesso di conoscere non solo le modalità con cui i Centri Antiviolenza hanno

Note

1 CEPOL ha completato l'analisi in collaborazione con il Consiglio europeo e la struttura EMPACT: www.cepol.europa.eu/sites/default/files/COVID19%20TNA_FINAL_with%20cover_EMPACT.pdf

2 www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf

3 EIGE, *The Covid-19 pandemic and intimate partner violence against women in the EU*, 2021.

4 I dati raccolti presso gli uffici giudiziari fra il 1° agosto 2019 e il 31 luglio 2020, che tengono conto anche del periodo di *lockdown*, mostrano che è aumentata dell'11% la percentuale dei procedimenti iscritti per il reato di maltrattamenti contro familiari e conviventi. Un sensibile incremento delle denunce è avvenuto tra il 1° gennaio e il 31 maggio 2020. Vi sono evidenze per ritenere che il *trend* di aumento possa essere imputabile alle misure di contenimento da *lockdown* che hanno determinato una convivenza forzata. Così, Ministero della Giustizia, *Un anno dal Codice Rosso*, rapporto sull'applicazione della Legge 69/2019, 25 novembre 2020.

5 Per il nostro Paese, di notevole rilevanza, è stato lo strumento del 1522 (*Help line violenza e stalking*), servizio gratuito promosso dal Dipartimento per le Pari opportunità presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Rilevante è stata anche l'applicazione Youpol, realizzata dalla Polizia di Stato che, a partire dal 27/3/2020, è stata estesa anche ai reati di violenza domestica.

6 Si veda la Circolare 27 marzo 2020 del Ministro dell'Interno che ha inteso sensibilizzare le articolazioni territoriali della Polizia di Stato e dell'Arma dei Carabinieri alla problematica della violenza domestica così da favorire l'emersione delle richieste di aiuto delle donne.

7 È stato nello specifico siglato un Protocollo di intesa tra DPO, Federazione Ordini dei Farmacisti, Federfarma e Assofarm per potenziare l'informazione per le donne vittime di violenza domestica durante l'emergenza sanitaria e pubblicizzare il 1522.

fronteggiato l'emergenza sanitaria ma anche le principali criticità incontrate. Tra queste, si segnalano principalmente problemi operativi del lavoro in rete con gli altri servizi territoriali e quelli dovuti alla carenza strutturale di alloggi in cui collocare le donne a fronte della necessità di reperire soluzioni temporanee per mantenere il distanziamento sociale a cui i Centri hanno sopperito soprattutto grazie alle reti e alle relazioni costruite nel tempo a livello territoriale.[9]

Nel complesso l'emergenza ha amplificato criticità in parte già esistenti e sistemiche: difficoltà di intercettazione delle donne, di coordinamento tra i servizi, di reperimento delle strutture di ospitalità, a cui si sono aggiunte maggiori difficoltà organizzative nella gestione del lavoro quotidiano da remoto. Nonostante siano spesso mancati i dispositivi informatici e il *digital divide* delle volontarie e di molte delle donne richiedenti aiuto non abbia aiutato, i Centri hanno lavorato con una grande flessibilità e capacità di adattamento. Sono stati infatti in grado di riorganizzare modalità, tempi di lavoro e adottare nuove modalità di intervento a partire dagli strumenti e metodologie *ad hoc* per disegnare prima e implementare poi il percorso di fuoriuscita dalla violenza.

METODOLOGIE DI RICERCA SOCIALE E PERCORSI DI FUORIUSCITA DALLA VIOLENZA: ALCUNI ESEMPI

I due esempi portati qui all'attenzione del lettore riguardano l'analisi delle reti sociali della donna e la valutazione delle sue competenze e conoscenze nell'ottica di un piano di carriera personalizzato. Queste due metodologie possono considerarsi complementari, in quanto restituiscono un'immagine stilizzata ma completa del capitale sociale a disposizione delle donne.

Utilizzando strumenti legati alla prima (SNA, da *Social Network Analysis*) si vanno infatti a considerare come rilevanti le relazioni[10] che la donna ha costruito e costruisce. Tali relazioni, che costituiscono la rete sociale individuale, giocano un ruolo cruciale in numerose occasioni durante il percorso di fuoriuscita dalla violenza. È stato valutato, infatti, come la rete relazionale sia rilevante per le donne e le ragazze nelle situazioni di crisi, in quanto rappresenta il primo e più immediato canale di accesso al supporto sociale.[11] Le donne coinvolte in percorsi di fuoriuscita dalla violenza sembrano avere, infatti, un insieme di rapporti più deboli e frammentati, e questo complica e osteggia sia l'allontanamento dalla relazione violenta, sia l'entrata in contatto con i servizi. Si inseriscono qui anche considerazioni sulla qualità e sull'influenza delle relazioni all'interno della rete sociale: se positive, il percorso di fuoriuscita dalla violenza è incoraggiato e supportato,[12] e gli effetti avversi psicologici e sanitari risultano ridotti.[13] Stando alla letteratura, un approccio orientato all'approfondimento delle reti sociali permetterebbe di dettagliare meglio le caratteristiche e le lacune del capitale relazionale delle donne coinvolte in percorsi di fuoriuscita dalla violenza, così come di riflettere più nello specifico su interventi finalizzati ad aumentare la coesione sociale e le occasioni per costruire relazioni. Nell'ambito del percorso individuale di fuoriuscita dalla violenza, lo sguardo sulla natura, qualità e intensità dei propri legami può aiutare la donna a comprendere, migliorare e rafforzare la sua rete sociale. Tale approccio si rivela ancora più strategico in una situazione di pandemia. Come mostra, infatti, uno studio dell'EIGE,[14] nonostante siano state attivate dagli Stati molte misure promettenti per proteggere le donne dalla violenza, ulteriori sforzi sarebbero necessari per garantire che l'accesso ai servizi di supporto non sia ostacolato nei momenti di maggiore emergenza, come lo è una pandemia, dal confinamento forzato (*lockdown*) e dalle quarantene – strumenti necessari per ridurre la diffusione del contagio ma che hanno di fatto contribuito ad aumentare ulteriormente l'isolamento delle donne e le loro difficoltà ad attivare reti di supporto – o dal sotto-finanziamento dei servizi, in quanto le risorse vengono dirottate principalmente per gestire la pandemia/l'evento (Fraser, 2020; Peterman et al., 2020). Inoltre, se l'accesso ai servizi formali diventa più difficile, così accade per l'accesso ai network informali, anche in questo caso per via delle limitazioni poste ai contatti fisici.

Per ciò che riguarda la seconda metodologia (Valutazione di competenze e conoscenze e definizione di un piano di carriera), il *focus* di approfondimento si sposta sulle caratteristiche individuali delle donne in termini di competenze, possibilità e desideri personali e professionali in ambito lavorativo. Queste informazioni, cruciali per il percorso individuale di *empowerment* socio-economico, se raccolte in forma aggregata possono contribuire all'analisi dei tratti comuni e delle differenze tra le esperienze. Allo stesso tempo, nella progettazione di interventi di supporto, è rilevante capire come agire per ciò che riguarda l'istruzione, la formazione e le prospettive occupazionali considerando il punto di partenza della donna, le sue necessità e le sue preferenze.

Nel concreto, entrambe le metodologie hanno trovato un'applicazione, seppur semplificata, nell'ambito del progetto "WEGO2! Building Economic Independence, the way out of Intimate Partner Violence", co-finanziato dalla Commissione Europea attraverso il programma REC, Rights, Equality and Citizenship. Il partenariato di progetto, attivo in quattro Paesi, ha disegnato due strumenti di intervento per il lavoro diretto con le donne coinvolte in percorsi di fuoriuscita dalla violenza, la cui implementazione è avvenuta con più di cento donne: Il *Social Relationship Plan* e il *Balance of Competences/Career Programme*. Entrambi gli strumenti hanno previsto tre momenti di osservazione, corrispondenti a colloqui individuali tra donna e operatrice. All'inizio del percorso, il primo incontro è stato utilizzato per raccogliere informazioni sulla situazione di partenza della donna. Un colloquio successivo ha dettagliato gli obiettivi e le prospettive stabiliti dalla donna per il proprio percorso, e una rilevazione finale è stata utilizzata per riportare una fotografia conclusiva delle caratteristiche della donna in termini di relazioni, competenze e percorso di carriera. Durante

l'implementazione del progetto, le donne sono state accompagnate con attività specifiche di formazione, sostegno e orientamento portate avanti dai Centri Antiviolenza.

Il *Social Relationship Plan*, nato dall'esperienza del Centro Antiviolenza "Centro Donna Padova", integra uno strumento già utilizzato per il supporto psicologico con le caratteristiche di valutazione proprie dell'analisi delle reti sociali, attraverso le quali le relazioni vengono esplorate non solo come esperienza individuale ma anche come dato. L'analisi delle reti relazionali nell'ambito del progetto WEGO2 ha invitato in un primo momento le donne a riflettere sui rapporti esistenti in quattro ambiti della vita quotidiana: la famiglia, le relazioni amicali, l'ambiente di studio o lavoro e la comunità in generale.[15] Ogni relazione individuata è stata quindi descritta in termini di frequenza dell'interazione e di positività percepita. A questo è seguita la definizione degli obiettivi relazionali. La ricognizione della rete sociale è stata ripetuta alla fine del percorso, dopo aver messo in atto le azioni individuate dalla donna e dall'operatrice per il raggiungimento degli obiettivi posti. Le informazioni raccolte hanno permesso di costruire un indice di incidenza per ciascuna relazione, misura sintetica data dalla combinazione tra frequenza dell'interazione e positività (o negatività) percepita della relazione. Attraverso il confronto tra le reti sociali descritte e l'indice calcolato, è stato possibile condurre tre diversi percorsi di analisi:

- Data la situazione di partenza, quali sono le caratteristiche principali della rete sociale obiettivo che le donne vogliono perseguire?
- Dati gli obiettivi, in che misura è stato possibile per le donne raggiungere quanto stabilito? Quali sono stati i punti di forza e di criticità del percorso affrontato?
- Data la situazione di partenza, come è avvenuta l'evoluzione generale della rete sociale della donna? Qual è, quindi, lo sviluppo rilevato dalla prima osservazione all'osservazione finale?

Il *Balance of Competences/Career Programme*, orientato allo sviluppo delle competenze e di un piano di carriera individualizzato, è stato strutturato al fine di raccogliere il punto di vista della donna in termini di competenze possedute, necessità lavorative e aspettative. Lo strumento ha supportato le operatrici nel definire con maggiore dettaglio e consapevolezza un percorso specifico per la donna assistita. Allo stesso tempo, la sua implementazione ha permesso in larga misura di sistematizzare la raccolta di informazioni sulle caratteristiche socio-economiche delle donne seguite, evitando per quanto possibile l'appiattimento e il freddo tecnicismo connaturati, purtroppo, ai sistemi di raccolta dati. Tutte le informazioni raccolte e rielaborate costituiscono materiale arricchente, fonte di apprendimento e rafforzamento delle attività dei Centri. In più, i risultati restituiscono una valutazione nel complesso positiva del percorso intrapreso dalle donne. Un'ulteriore sperimentazione della metodologia rappresenterebbe una preziosa occasione di approfondire l'implementazione degli strumenti.

Tra i punti di forza degli strumenti presentati, ve ne sono in particolare due da sottolineare. In primo luogo, i tre momenti di osservazione, incluso il processo di definizione degli obiettivi, consentono di rapportare ogni caso specifico alle sue peculiarità, e non a standard generali di raggiungimento o di completamento. Si richiama qui una vecchia teoria secondo la quale "ciascuno (deve agire) in base alle proprie possibilità". In una dimensione così delicata quale è quella della fuoriuscita dalla violenza, risulta difficile far combaciare la ricerca – che per sua natura richiede parametri di riferimento – e rispetto dell'esperienza individuale. Gli strumenti progettati non contemplano l'esistenza di risultati positivi in senso assoluto, ma solo in relazione alle proprie aspettative, desideri e bisogni contingenti. In secondo luogo, nel corso del progetto è stato possibile adattare le metodologie utilizzate allo scoppio dell'emergenza pandemica, ricalibrando le modalità di implementazione su un rapporto a distanza tra donna e operatrice. Nonostante la necessità di costruire un rapporto in presenza, più efficace e funzionale al percorso, questa flessibilità rappresenta sicuramente una risorsa.

Tra le criticità individuate, invece, vi è il sempre attuale problema dell'eccessiva burocratizzazione dei processi, che comporta un appesantimento del lavoro dei Centri, inficiandone l'operatività. Una potenziale risposta si trova nel passaggio degli strumenti da analogici a digitali, a cui corrisponde uno snellimento degli oneri quasi "amministrativi" di raccolta dati. La digitalizzazione delle procedure sembra una strada quasi obbligata nel percorso volto a coniugare il lavoro dei Centri e l'avanzamento della ricerca sul fenomeno della violenza di genere.

SPUNTI DI RIFLESSIONE E CONCLUSIONI

Quando si parla di violenza di genere si parla innanzitutto di un fenomeno sociale e culturale. Le sue origini e cause vanno indagate e approcciate con gli strumenti che sono propri della ricerca sociale, al fine di sradicare tutti i condizionamenti che contribuiscono alla perpetrazione di violenza e sopraffazione. L'analisi del fenomeno, e dei meccanismi di risposta che

Note

8 Solo l'11% dei Centri ha affermato di essere rimasto fisicamente accessibile alle donne nel periodo dell'emergenza sanitaria. Si veda CNR-IRPPS, *I centri antiviolenza ai tempi del Coronavirus*, maggio 2020. L'indagine ha coinvolto 335 centri antiviolenza, con un tasso di copertura pari al 69% (228 rispondenti all'indagine).

9 Così, Demurtas P., Peroni C., Mauri A., "I centri antiviolenza ai tempi del Coronavirus", *Rivista delle Politiche Sociali*, 2020.

10 https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/016555150202800601

11 John, N, Casey, SE, Carino, G, McGovern, T. Lessons Never Learned: Crisis and gender-based violence. Developing World Bioeth. 2020; 20: 65– 68. https://doi.org/10.1111/dewb.12261

12 Ogbe E., Jbour A., Rahbari L. et al., "The potential role of network-oriented interventions for survivors of sexual and gender-based violence among asylum seekers in Belgium", *BMC Public Health*, 21, 25 (2021). https://doi.org/10.1186/s12889-020-10049-0

13 Sylaska K. M., Edwards K. M., "Disclosure of Intimate Partner Violence to Informal Social Support Network Members: A Review of the Literature", *Trauma, Violence, & Abuse*, 2014;15(1):3-21. doi:10.1177/1524838013496335

14 EIGE, 2021, cit.

15 Quest'ultimo ambito include anche i servizi, tra cui il Centro Antiviolenza frequentato.

Daniela Loi
Giurista, Master in Studi di genere e politiche di pari opportunità presso l'Università degli Studi di Milano. È responsabile della linea Pari opportunità di genere, discriminazione e Assistenza tecnica per l'area Mercato del Lavoro e Attività Produttive dell'IRS. Componente del Comitato direttivo di ARS. Esperta senior in materia di diritto e politiche del lavoro e relazioni industriali, politiche di genere e antidiscriminatorie.

Emma Paladino
Laureata in Scienze Politiche e in Economia all'Università di Bologna, collabora con IRS dal 2017. Lavora con strumenti di analisi qualitativa e quantitativa nell'ambito delle questioni di genere, disuguaglianze, istruzione e formazione. È Alumna della Scuola di Politiche e socia del *think tank* Tortuga.

Flavia Pesce
Dottorato di ricerca in Sociologia politica presso l'Università di Firenze, è Direttrice dell'Area Politiche della Formazione e del Lavoro dell'IRS. Esperta senior di politiche di genere, del lavoro e della formazione e di inclusione sociale. Attualmente è anche Professore a contratto presso la Facoltà di Scienze Politiche, Università di Bologna.

la società civile mette in atto, richiede una conoscenza del contesto nel quale il fenomeno stesso si sviluppa e degli "anticorpi" che ne impediscono il replicarsi. La scarsità delle ricerche empiriche sul tema della violenza di genere rappresenta non soltanto un esito della difficoltà nel raccogliere e analizzare dati a esso connessi ma anche, e soprattutto, un'ulteriore componente del fenomeno stesso. Dare scarso rilievo allo studio, all'interpretazione e alla comprensione delle dinamiche sociali implica una sottostima della loro gravità. Il disinteresse nei confronti dell'approfondimento di un fenomeno rivela scarsa intenzionalità nel procedere alla definizione di strategie risolutive, che devono passare – come specificato sopra – dall'evidenza empirica e su quella devono poggiare. Quali sono le riflessioni che scaturiscono da questa constatazione?

In primo luogo, vi è la necessità di ricordare sempre che le esperienze individuali di violenza di genere rappresentano la manifestazione di un fenomeno pervasivo e radicato. Ne costituiscono le osservazioni dirette e concrete. È proprio da questa esperienza individuale che la ricerca empirica deve partire per essere in grado di contrastare il fenomeno. Si insinua qui, con naturalezza, l'idea che esista un approccio di studio e ricerca etico e compatibile con il dolore che ogni storia porta con sé. L'idea che questo approccio sia sostenibile e che non punti a un appiattimento dell'esperienza individuale, ma bensì a una sua valorizzazione, è contemplata dalla teoria dell'approccio femminista alla raccolta dati e alla ricerca sociale.[16] In secondo luogo, quindi, rimane da chiedersi se un tale approccio sia nella pratica possibile, chi può implementarlo e su quali strumenti e metodologie sia meglio fare affidamento. E, ancora, se e come coniugare lo studio più approfondito del fenomeno, basato sull'analisi dei dati e delle evidenze, ai singoli percorsi di fuoriuscita dalla violenza che le donne intraprendono con l'aiuto e il supporto delle operatrici dei CAV. Il fine di questa riflessione è aprire all'ipotesi che sia possibile applicare alcuni strumenti della ricerca sociale non soltanto all'approfondimento del fenomeno della violenza, ma anche alle metodologie per supportare le donne che si rivolgono ai Centri. Si potrebbe costruire così un linguaggio comune tra mondo della ricerca, Centri Antiviolenza e altri attori coinvolti, consentendo allo stesso tempo di impostare un percorso di fuoriuscita dalla violenza che consideri le caratteristiche del fenomeno già note e che contribuisca a dettagliarne di aggiuntive.

Note

16 Centre for research on violence against women and children, *Qualitative Methodology: two examples in feminist research*, 1999; Gelling L., "A feminist approach to research", *Nurse Researcher*, 21, 1, 6-7, 2013.

Monica Dotti

L'ESPERIENZA DEL CENTRO LDV DELL'AZIENDA USL DI MODENA

Il lavoro con gli uomini autori di violenze contro le donne nelle relazioni di intimità durante la pandemia Covid-19

Occuparsi di uomini maltrattanti è un'impresa complessa: di solito essi sono riluttanti a riconoscere il loro problema e i danni che hanno provocato alle donne e direttamente e/o indirettamente anche ai figli. Si aggrappano alle loro giustificazioni e all'abitudine di scaricare la responsabilità sulle vittime. Aiutarli a cambiare non è semplice, però se riescono a mettere in atto cambiamenti sostanziali e duraturi, ciò potrà determinare mutamenti decisivi nella qualità della vita delle loro partner e dei figli, sia che il nucleo familiare resti unito oppure che la violenza subita comporti altre scelte.

È essenziale porre gli uomini maltrattanti di fronte alla responsabilità delle loro azioni. Decidere come pianificare un lavoro adeguato con gli autori di violenza contro le donne, in tempo di pandemia, ha richiesto approfondimenti rispetto a ciò che stava accadendo nei Paesi già colpiti dal COVID-19 e alle risposte attivate a livello internazionale ed europeo.[1]

Il Centro "Liberiamoci dalla Violenza" (LDV)

dell'AUSL di Modena, Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini, si connota per essere la prima esperienza sorta in ambito istituzionale nel nostro Paese nel dicembre 2011, con la collaborazione della Regione Emilia-Romagna, con l'obiettivo di supportare gli uomini autori di violenza contro le donne nelle relazioni di intimità, a interrompere i comportamenti maltrattanti per attivare un cambiamento e l'assunzione di responsabilità verso i propri agiti, come previsto anche da diverse disposizioni normative.[2]

Collocato presso un Consultorio familiare, nel Centro LDV lavorano 3 psicologi uomini,[3] il modello di trattamento adottato è quello in vigore presso il Centro ATV (*Alternative To Violence*) di Oslo che vanta la maggior esperienza europea nel lavoro con i maltrattanti. Dal 2010 a oggi, gli esperti norvegesi hanno formato i professionisti modenesi attraverso oltre 230 ore di *training*.

Il servizio offerto dal Centro LDV è gratuito, l'accesso è su base volontaria, ed è presente una linea telefonica dedicata.

Con l'autore di violenza vengono svolti 3 colloqui di valutazione per verificare se sussistono le condizioni per procedere nel percorso trattamentale:

1. motivazione al cambiamento;
2. assenza di problematiche psichiatriche conclamate inconciliabili con un percorso terapeutico che dura circa un anno e che può essere individuale o di gruppo;
3. assenza di abuso di alcool o di sostanze;
4. conoscenza sufficiente della lingua italiana.

Il percorso prevede il "contatto partner" per informare la donna sui servizi presenti sul territorio a sua protezione e per comunicazioni riguardo a eventuali rischi che si ravvisano per lei e per i figli o sull'eventuale abbandono del trattamento da parte dell'autore.

Il percorso si conclude quando in modo stabile non è più presente violenza, quando l'uomo si è assunto la responsabilità dei propri comportamenti e ha riparato alle conseguenze degli stessi.

Al termine del percorso sono effettuati *follow up* a 6 mesi, un anno, due anni, con l'autore e, separatamente, con la partner, per verificare la tenuta del comportamento non violento.

L'OMS ha dichiarato che la violenza contro le donne è un problema che riguarda "la salute pubblica" e pertanto un'Azienda sanitaria deve "curare" ma anche proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione, prestando "cura" alle conseguenze della violenza, migliorando la competenza dei professionisti sanitari nel riconoscerla, rafforzando il lavoro di "rete" con gli interlocutori che se ne fanno carico a livello territoriale.

Lavorare per il benessere delle donne in sanità, è una *mission* propria del consultorio familiare. All'interno di questo servizio, il Centro LDV ha scelto di collocarsi per ricordare che il lavoro con gli uomini autori di violenza ha come obiettivo principale il benessere e la protezione delle donne e dei bambini.

Assumersi l'onere del lavoro con i maltrattanti, significa partire dall'assunto che le persone possono cambiare, serve una rigorosa formazione sul tema, l'assunzione di una solida metodologia d'intervento, l'attuazione di un lavoro di prevenzione e di sensibilizzazione a livello territoriale e interventi strutturati a livello psicoterapeutico che si concretizzano nel prendersi "cura" degli autori di violenza nelle relazioni di intimità, non in quanto "malati", ma in quanto "persone".

L'entità e l'estensione della violenza maschile contro le donne, inducono a ritenere che non sia possibile attribuire a un così elevato numero di individui una patologia di natura individuale.

La violenza è un fenomeno che si caratterizza per essere contemporaneamente una problematica di natura personale, relazionale, sociale, culturale che rimanda a una lettura più complessa.

Fin dall'inizio della pandemia, ci si è resi conto delle difficoltà e dei rischi in cui potevano incorrere molte donne e i loro figli costretti al confinamento domestico con uomini maltrattanti. Il messaggio diffuso era "restate in casa "in quanto luogo "sicuro", ma di fatto non lo era per diverse donne. Molti uomini avrebbero potuto usare le misure restrittive e l'ansia che circondava il COVID-19, come metodi di controllo, utilizzando la pandemia come narrazione per intensificare l'isolamento delle donne, limitando ulteriormente la loro mobilità e la possibilità di raggiungere luoghi di aiuto e di sostegno.

In modo rapido sono stati contattati i principali "nodi" della rete costituita da servizi/associazioni a cui solitamente si fa riferimento anche a livello provinciale sul tema violenza: i Centri antiviolenza per le donne, i Servizi sociali, le Forze dell'ordine, le Unità di pronto soccorso degli ospedali, le Associazioni femminili di avvocate,

Note

1 WHO, *COVID-19 and violence against women What the health sector/system can do*, April 7, 2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-eng.pdf ; Godin M., "As Cities Around the World Go on Lockdown, Victims of Domestic Violence Look for a Way Out", *Time,* March 18, 2020, www,time.com/5803887/coronavirus-domestic-violence-victims ; Allen-Ebrahimian B., "China's Domestic Violence Epidemic", *Axios*, March 7, 2020, www.axios.com/china-domestic-violence-coronavirus-quarantine-7b00c3ba-35bc-4d16-afdd-b76ecfb28882.html ; Gupta J., "What does coronavirus mean for violence against women?", *Women's Media Centre*, March 19, 2020, https://womensmediacenter.com/news-features/what-does-coronavirus-mean-for-violence-against-women ; National Domestic Violence Hotline, "Staying Safe During COVID-19", March 13, 2020, www.thehotline.org/2020/03/13/staying-safe-during-covid-19 ; www.georgeinstitute.org.in/frontline-health-workers-in-covid-19-prevention-and-control-rapid-evidence-synthesis ; Martínez S., "Femicides: when you live with the murder. A reading in times of compulsory social isolation", April 9, 2020, www.ifsw.org/femicides-when-you-live-with-the-murderer-a-reading-in-times-of-compulsory-social-isolation ; www.socialworkers.org/Practice/Infectious-Diseases/Coronavirus ; www.cnoas.org ; www.work-with-perpetrators.eu ; https://eige.europa.eu ; www.pariopportunita.gov.it

2 Dichiarazione delle Nazioni Unite sulla violenza contro le donne, 1993; Consiglio d'Europa, Rec 5, 2005; Risoluzione del Parlamento Europeo 4/4/11 sulle priorità e definizione di un nuovo quadro in materia di lotta alla violenza alle donne, punto 24; Convenzione di Istanbul, Consiglio d'Europa, maggio 2011; Legge 119 del 15/10/2013; Piano d'Azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere 2015-2017; Piano Strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017-2020; Legge 69 del 2019 "Codice Rosso"; Legge della RER n. 6 del 2014, Legge quadro per la parità e contro le discriminazione di genere; Deliberazione Assemblea Legislativa n. 69/2016 della RER; Piano Regionale contro la violenza di genere; Deliberazione Assemblea Legislativa n. 120/2017 della RER; Piano Socio-Sanitario 2017-2019.

3 Nell'equipe è presente come consulente uno psichiatra che ha partecipato alla formazione sulla metodologia di intervento adottata nel Centro. È intervenuto in passato in modo condiviso, quando alcuni uomini hanno manifestato particolari sintomi depressivi in seguito all'acquisizione della consapevolezza e all'assunzione della responsabilità per i comportamenti violenti agiti.

per poter avere un riscontro su ciò che essi andavano osservando nei contatti con le vittime. Il lavoro di "rete" di raccordo tra i servizi/associazioni è da diverso tempo una modalità consolidata nel contesto locale e regionale per cercare di far fronte in modo compatto e sinergico alla gestione di problematiche comuni.

Mentre l'ondata pandemica incombeva, negli ospedali, per evitare la propagazione dei contagi, sono stati istituiti percorsi di accesso specifici e le Unità di pronto soccorso, erano dedicate a situazioni emergenziali gravi, pertanto le donne vittime di violenza, almeno per un certo periodo, erano più reticenti ad accedervi.

All'inizio del *lockdown,* i centri antiviolenza e/o gli sportelli a supporto delle vittime diffusi in ambito provinciale, hanno osservato una forte diminuzione delle richieste di aiuto da parte delle donne, dato questo confermato anche dalle Forze dell'ordine relativamente alle denunce pervenute. Nello stesso periodo anche il Centro LDV ha constatato una diminuzione delle richieste di accesso da parte degli autori, situazione che per diversi punti della "rete" è tornata alla "normalità" o incrementata nei mesi successivi.[4]

Per motivazioni legate al diffondersi del virus e per reperire informazioni sulla sua gestione e sui percorsi di cura, l'home page dell'Azienda USL è stata in quel periodo uno degli spazi più visitati.

In accordo con i servizi/associazioni afferenti alla rete provinciale, con il Tavolo Prefettizio, la CTSS (Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria), le Amministrazioni Comunali e la Protezione Civile, si è deciso di utilizzare questo spazio sanitario di grande visibilità pubblica per collocarvi riaggiornati, i riferimenti telefonici di aiuto presenti all'interno delle "reti distrettuali" ad uso delle vittime o potenziali tali, ma anche degli autori.

Sull'home page dell'AUSL, è stato inserito un opuscolo contenente un *kit* di suggerimenti riadattati rispetto alla versione proposta dal *network* europeo a cui partecipano i centri con le *best practice* sul lavoro con i maltrattanti,[5] supponendo che diversi uomini potessero averne bisogno e che il confinamento domestico e l'acuirsi di possibili tensioni familiari dovuti anche alla sospensione/interruzione dell'attività lavorativa e a conseguenti problematiche economiche, potessero comportare un aggravamento dello stress e facilitare la messa in atto di comportamenti violenti.

Essi sono stati pertanto incoraggiati a porre attenzione ai campanelli di allarme che avvertivano e a prenderli sul serio: ad esempio quando iniziavano a rivolgere alla partner offese, oppure quando durante l'*escalation* di un conflitto, avvertivano sudorazioni, tremori, quello poteva essere il momento per comunicare alla compagna di aver bisogno di un momento per sé. Camminare sul balcone di casa, fare esercizi di respirazione: respirare e ispirare fino a sentirsi più rilassati, cercare ogni giorno di trovare qualcosa di piacevole da fare: ascoltare musica, fare esercizi fisici fino a stancarsi anche in una stanza piccola, parlare al telefono con amici e colleghi, pianificare una routine giornaliera, trovare il coraggio di chiedere aiuto se si aveva la consapevolezza di agire o poter agire violenza fisica e psicologica.

Per sensibilizzare ulteriormente sul tema, è stata offerta anche la possibilità di visionare un film/documentario *Ma l'amore c'entra?*, prodotto nel 2017 dalla regista E. Lodoli in collaborazione con il Centro LDV dell'AUSL di Modena.

Durante il *lockdown* il Centro ha potenziato la propria disponibilità di accesso telefonico per favorire le richieste di aiuto, in quanto disposizioni nazionali e regionali rivolte ai servizi sanitari, consentivano l'accesso solo alle situazioni di emergenza.

I Centri antiviolenza provinciali hanno potenziato la loro reperibilità telefonica e i Servizi sociali,[6] in quanto servizi essenziali[7] si sono spesso raccordati con i Centri antiviolenza per valutare e concordare le modalità di accesso più opportune anche in emergenza, per le collocazioni in luogo protetto di donne e i bambini.

Il Centro LDV ha attivato un monitoraggio telefonico settimanale per le situazioni già in carico ritenute potenzialmente a maggior rischio di *escalation*, che riguardavano ad esempio uomini che avevano agito già precedenti e rilevanti episodi di violenza, manifestato elevata gelosia verso la partner o messo in atto dei comportamenti di controllo, oppure inviati dal tribunale, ecc.

Sono state spesso effettuate anche videochiamate individuali e/o utilizzate piattaforme digitali. Durante la pandemia il percorso terapeutico di gruppo non è stato attivato neppure in modalità *online*. Non appena è stato possibile, si è tornati a svolgere i colloqui in presenza o comunque la modalità *online* è stata alternata a incontri presso la sede del Centro, sempre nel rispetto delle indicazioni comportamentali previste.

Gli obiettivi del lavoro ad inizio pandemia, sono stati orientati soprattutto alla gestione a breve-medio termine di una "strategia di tenuta" incentrata sul monitoraggio e sul mantenimento degli uomini nel programma o alla gestione di eventuali momenti di "crisi" e hanno avuto in particolare queste finalità:

- ridurre il rischio di violenza;
- diminuire il livello di stress e di attivazione emotiva degli autori;
- aumentare il meccanismo di *coping*;
- limitare la crescita dei fattori di rischio nelle famiglie costrette al confinamento domestico;
- limitare indirettamente gli effetti della violenza sui familiari;
- coordinarsi con i servizi di assistenza alle donne, in modo sicuro e continuativo raccogliendo anche f*eedback* da loro.

Nei percorsi di trattamento attuati anche attraverso le nuove modalità digitali, sono stati definiti accordi sull'importanza della riservatezza.

Per gli psicologi di LDV e per gli uomini che si sono rivolti al Centro, lavorare non "in presenza, è stato talvolta complesso, la gestione della relazione è stata più difficile, in quanto il professionista non poteva rilevare la dimensione analogica complessiva, il cosiddetto "non

verbale" della persona con cui interagiva, perché non visibile o non rilevabile, oppure si sono palesate difficoltà legate alla connessione di rete, a una scarsa conoscenza degli strumenti e delle modalità digitali da parte di alcune persone. Contemporaneamente i professionisti erano anche impegnati a cercare di comprendere se lo spazio di interazione che si andava costituendo con gli autori, potesse essere considerato abbastanza sicuro e non manipolativo.

Anche nel lavoro con gli uomini maltrattanti, le modalità di contatto *online* possono rappresentare una grande opportunità, perché permettono il collegamento con persone il cui accesso ai servizi può risultare complicato come in tempo di pandemia, o a causa della dislocazione geografica o per difficoltà temporanee a raggiungere i Centri specialistici.[8]

Tuttavia è necessario essere consapevoli del fatto che gli strumenti tecnologici possano contribuire a creare anche diseguaglianze, poiché non tutti li possiedono o non li sanno utilizzare o non lo fanno in modo adeguato.

Alle volte si è trattato anche di dover gestire una modalità di lavoro e un *setting* terapeutico in cui l'interazione da parte dell'autore risultava essere un po' troppo "rilassata", trovandosi egli nel proprio ambiente domestico, altre volte questa condizione è stata facilitante per la relazione.

Gli psicologi hanno dovuto adattare il loro *setting* di lavoro, cercando di renderlo "flessibile" all'interazione con l'autore, nel rispetto della deontologia professionale e dell'istituzione che rappresentavano, cercando di andare incontro ai nuovi bisogni che la pandemia ha fatto sorgere. Gli autori di violenza hanno accettato il contatto con gli psicologi del Centro adattandosi a spazi relazionali talvolta caratterizzati da scarsa riservatezza: es. videochiamate realizzate dalla propria auto posteggiata vicino a casa, o dal garage o dal balcone o cercando di individuare spazi riservati in casa, mentre la moglie magari lavorava in *smart working* nella stanza accanto o il figlio si trovava nella propria camera a partecipare alla didattica a distanza con la scuola.

L'indicazione rivolta agli uomini, in alcune situazioni, sull'opportunità di effettuare un *time out* pur non potendo uscire di casa, non è stata facile da realizzare.

Anche relativamente al "contatto partner",[9] che come riferito è uno dei principi fondamentali del lavoro del Centro LDV, è stato necessario comprendere con la donna quale potesse essere il momento più opportuno per poter parlare con lei o pianificare insieme un incontro telefonico o *online*.

Lavorare in tempo di pandemia con queste nuove modalità, è stata un'esperienza nuova anche per diversi Centri europei che lavorano con i maltrattanti e che aderiscono al *network* europeo WWP, che ha proposto su questo tema diversi momenti di riflessione e di formazione per individuare comuni ed efficaci strategie di lavoro.

Le attività messe in atto nel periodo, hanno richiesto una maggiore attenzione alla sicurezza delle donne e dei bambini, lo svolgimento di frequenti momenti di valutazione del rischio, poiché non esistendo una transizione definita tra ambito del programma di trattamento e quello domestico, parlare con l'autore quando si era a conoscenza che la potenziale vittima poteva essere nella stessa casa, ha comportato davvero una grande sfida.

Gli psicologi di LDV durante la pandemia, hanno gestito un percorso formativo *online* con le colleghe del Consultorio per potenziare le loro competenze e rafforzare l'attività di consulenza psicologica telefonica per le donne vittime di violenza, al fine di assicurare un'accurata valutazione del rischio e rafforzare le capacità di autotutela delle donne.

Hanno formato *online* nuovi colleghi da collocare nei Centri LDV sorti dopo quello modenese e già operanti nella Regione Emilia Romagna (presso le AUSL Parma, Bologna, Romagna) e hanno gestito un'attività continuativa di supervisione clinica rivolta ai colleghi, come previsto da delibere regionali.

In quel periodo si è lavorato anche a un progetto di ricerca da presentare al Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord che è stato poi autorizzato, da realizzarsi attraverso l'utilizzo di strumenti validati a livello internazionale, idonei a misurare, in base a una certa periodicità durante e dopo il percorso clinico, l'incidenza delle credenze dei modelli di genere correlati alla violenza, la dimensione affettiva, gli stili relazionali le dimensioni cliniche da valutare da un punto di vista psicologico, di personalità e di valutazione del rischio.

È stata effettuata una formazione che ha coinvolto i diversi Centri LDV della RER, gestita dagli esperti del Centro ATV di Oslo, sul lavoro con gli uomini maltrattanti appartenenti a minoranze etniche e con loro sono proseguiti gli incontri via Skype di supervisione su casistica complessa. È proseguita la collaborazione con la Questura di Modena definita attraverso la stipula di un protocollo riguardante gli uomini ammoniti per violenza domestica e *stalking*. Il Centro LDV è stato invitato a un'audizione *online* presso la Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio nonché di ogni forma di violenza di genere presso il Senato della Repubblica per illustrare l'attività svolta.

Accogliendo un suggerimento espresso dal *network* europeo WWP che temeva una nuova ondata pandemica e per consolidare in questo periodo l'utilizzo delle modalità di lavoro *online*, la Regione Emilia-Romagna che da anni supporta finanziariamente l'attività di formazione e di

Note

4 In seguito sono aumentate le richieste di aiuto da parte delle donne, come testimoniato dall'ISTAT: "Violenza di genere al tempo del COVID-19: le chiamate al numero verde 1522", maggio 2020, www.istat.it/it/archivio/242841

5 Il Centro LDV dell'AUSL di Modena ha aderito al Network europeo nel 2016.

6 "Assicurare che le persone più vulnerabili siano incluse nella pianificazione degli interventi e nell'allocazione delle risposte": Gazzi G., "#DistantiMaPiùViciniCheMai", 16 marzo 2020, www.cnoas.it/news/distantimapiuvicinichemai-il-presidente-gazzi-torna-a-scrivere

7 "Mai più porte chiuse: i servizi sociali sono servizi pubblici essenziali", 3 luglio 2020, www.cnoas.it/news/mai-piu-porte-chiuse-i-servizi-sociali-sono-servizi-pubblici-essenziali

8 WWP EN, *COVID-19. Revision of Practice Toolkit*, www.work-with-perpetrators.eu

9 Come previsto nelle Linee guida per lo sviluppo di standard per i programmi che operano con uomini perpetratori di violenza domestica, www.work-with-perpetrators.eu

Monica Dotti
Sociologa sanitaria e assistente sociale specialista. Coordinatrice del Centro LDV e di progettualità relative a donne e minori presso i Consultori Familiari dell'Azienda USL di Modena. Dal 2011 al 2018 ha insegnato Metodi e Tecniche del Servizio Sociale 2 presso il Corso di laurea in Servizio Sociale presso il Dipartimento di Giurisprudenza, Università di Parma

promozione dei Centri LDV, ha accolto e concesso l'erogazione di un contributo finanziario per l'acquisto di strumenti tecnologici per potenziare la dotazione già in uso, onde evitare l'utilizzo di quelli personali dei professionisti, tutelando in modo più opportuno i principi di riservatezza e di sicurezza.

Il numero degli uomini che hanno avuto accesso al Centro LDV nell'anno 2020 sostanzialmente non è mutato rispetto a quello precedente: ogni anno sono circa 50 gli uomini, di diversa estrazione socio-culturale, che accedono al Centro LDV, l'85% di essi sono coniugati, hanno figli e un'età compresa tra i 20 ai 65 anni, anche se il *target* più numeroso è rappresentato dalla fascia 30–45 anni.

Rispetto ai primi anni dall'inizio dell'attività, sono diminuiti gli accessi a carattere "volontario", mentre sono aumentati quelli su invio: soprattutto da parte dei Servizi Sociali della Tutela minori o degli avvocati (in particolare in riferimento all'applicazione della legge n. 69 del 2019, meglio nota come "Codice Rosso").

Per il futuro è auspicata un'integrazione alla normativa vigente, per renderla maggiormente funzionale a una reale motivazione al cambiamento da parte dei maltrattanti, a un loro efficace percorso di trattamento e ad un'assunzione di responsabilità, passaggi necessari per la protezione e la sicurezza delle vittime.

Il modello organizzativo messo in atto dal Centro LDV durante la pandemia sembra essere stato abbastanza efficace e ha comportato frequenti condivisioni all'interno dell'equipe professionale anche per inserire opportune rimodulazioni. La modalità di lavoro attivata per un periodo non breve è diventata in qualche modo essa stessa una forma di intervento che richiede riflessioni sull'attività svolta in generale e rispetto ad alcuni specifici ambiti e approfondimenti su come i professionisti, gli uomini stessi e anche le loro compagne l'hanno percepita.

Sarà importante mettere a fuoco ciò che dovrà essere attivato per migliorare il lavoro con i maltrattanti e proseguire in un'attività di sensibilizzazione socio-culturale territoriale sul tema, rafforzando anche le collaborazioni con gli altri interlocutori della "rete" che insieme al Centro LDV intervengono a contrasto della violenza contro le donne.

Bibliografia

Bancroft L., *Uomini che maltrattano le donne*, Vallardi, Milano, 2013

Bozzoli A., Merelli M., Ruggerini M.G. (a cura di), *Il lato oscuro degli uomini. La violenza maschile contro le donne: modelli culturali di intervento*, Ediesse, Roma, 2017

Corposanto C., Fotino M., *COVID 19, Le parole diagonali della Sociologia*, The diagonales, 2020

Deriu M. (a cura di), *Anche gli uomini possono cambiare. Il percorso del Centro LDV di Modena*, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2012

Oddone C., *Uomini normali. Maschilità e violenza nell'intimità*, Rosenberger & Sellier, Torino, 2020

Palladino L., *Non è un destino. La violenza maschile contro le donne oltre gli stereotipi*, Donzelli, Roma, 2020

Roia F., *Crimini contro le donne. Politiche, leggi, buone pratiche*, Franco Angeli, Milano, 2017

Sanfelici M., Gui L., Mordeglia S. (a cura di), *Il Servizio Sociale nell'emergenza COVID-19*, Franco Angeli, Milano, 2020

Viviani L., "Oltre la pandemia: l'immaginazione sociologica alla prova del nostro tempo", *Società, Mutamento, Politica*, 11, 2020, pp.281–295

Anna Paola Lacatena

ABBI CURA DI LEI
Donne, droghe e Servizi: l'originale assente

DONNE E SOSTANZE PSICOATTIVE: NUMERI PARZIALI E RACCOMANDAZIONI INOSSERVATE

Ben più articolate, rispetto a una dubbia provenienza venusiana o marziana, sono le differenze tra uomini e donne.

Se il sesso biologico, infatti, è definito da precise caratteristiche fisiche, l'identità di genere risponde alla percezione che ogni essere umano ha di sé, mentre l'ideale di genere racchiude le aspettative culturali relativamente ai comportamenti attesi per il fatto di essere donna o uomo. Dal ruolo di genere, infine, discende la divisione sessuale del lavoro, dei diritti e delle responsabilità.

Quanto il contesto sia fondamentale e in ogni campo, purtroppo ad oggi resta una prerogativa dei sociologi e di pochi altri.

Nel 1998 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha inserito la medicina di genere nell'*Equity Act* a testimonianza che il principio di equità deve essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità e come appartenente a un genere con caratteristiche definite.

Più di recente (2015), l'Assemblea Generale

dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) ha approvato i 17 obiettivi dello Sviluppo Sostenibile, all'interno dei quali il quinto si propone di "Raggiungere l'uguaglianza di genere ed emancipare donne e ragazze."

Nella *Relazione europea sulla droga* dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) del 2016 si legge: "Vi sono segnali che le donne in cura per problemi di tossicodipendenza possono avere esigenze più complesse, in particolare in termini di comorbilità e responsabilità nella cura dei figli e hanno pertanto bisogno di servizi più mirati e differenziati in base al genere. [...]. Le ragioni che spiegano la presenza di un numero inferiore di donne tra i soggetti che si sottopongono a un trattamento di tossicodipendenza sono diverse e possono includere differenze tra i sessi nella prevalenza del consumo problematico di sostanze stupefacenti e nella disponibilità a riferire un consumo problematico, oltre che problemi di accesso ai servizi specializzati e di adeguatezza degli stessi."

L'OEDT avverte, poi, che gli assuntori per via parenterale di sesso femminile possono essere a maggior rischio oltre che più difficilmente raggiungibili. Non di meno subiscono una più accentuata stigmatizzazione sociale rispetto agli uomini e questo sia da parte di chi utilizza sostanze sia da parte di chi è estraneo al mondo del consumo.

Elemento centrale resta la maternità (presente o da vivere in futuro), in merito al quale il biasimo alimenta il senso di vergogna, di colpa nonché la percezione di inadeguatezza al ruolo genitoriale e la paura dell'allontanamento della prole.

Le donne con disturbo da uso di sostanze (DUS) commettono meno reati contro la proprietà degli uomini, mentre la prostituzione può rappresentare la fonte di reddito più facilmente percorribile, in alcuni casi fino al 60% con conseguente accentuazione di rischio di trasmissione di malattie infettive.

Wolfgang Götz (Direttore OEDT) nella relazione del 2006 dichiarò: "Sono trascorsi più di 20 anni da quando i governi europei hanno chiesto di prestare attenzione alle problematiche legate al genere nel campo della droga. Oggi, un riconoscimento generale dell'importanza di questo problema deve ancora riflettersi in una prassi comune. Il messaggio è chiaro: i nuovi servizi devono rispondere al fatto che la differenza di genere incide sui tipi di problemi provati dai singoli così come sulla loro di disponibilità a sottoporsi al trattamento e sui tipi di servizio che si riveleranno efficaci".

Più di trentacinque anni è ancora non molto cambiato, nonostante qualche sporadica e virtuosa eccezione, all'interno dei Servizi pubblici e del Privato Sociale.

E PUR SI MUOVE! L'UNIVERSO GENDER-BLIND DEL CONSUMO E DELLE DIPENDENZE

Dai dati delle annuali Relazioni al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze la presenza femminile nei Servizi pubblici e del Privato sociale, su tutta la popolazione afferente, si è attestata tra il 10 e il 15%.

Non si può, però, essere indotti a credere che le donne consumino sostanze psicoattive in una percentuale così esigua soprattutto guardando a quanto l'evoluzione generale del fenomeno suggerisce in termini di trasversalità.

Nel documento ufficiale del 2018, è possibile leggere che nonostante il genere femminile sia caratterizzato da una percezione dei rischi correlati all'uso di sostanze più alta rispetto al genere maschile, è aumentata la percentuale di studentesse delle scuole secondarie superiori che ha sperimentato almeno una sostanza psicoattiva illegale (30%) nonché il numero di ragazze che ha un consumo di sostanze definibile "ad alto rischio", come la poliassunzione o l'uso quotidiano.

Da altri più specifici studi emerge che l'essere stata vittima di violenze e abusi determina un maggior rischio per le donne di sviluppare dipendenza da sostanze (Liebschutz et al., 2002; Winhusen, Kropp, 2003). L'alta prevalenza di violenza sperimentata da donne con DUS rispetto a donne in generale determina, poi, una probabilità di 5-6 volte maggiore di essere aggredita (Cioce et al., 2013; Benoit, Jauffret-Roustide, 2016).

Anni fa, intervistando le donne del Dipartimento Dipendenze Patologiche di Taranto è emerso quanto viene solitamente ignorato, ossia che le stesse finiscono per non riconoscere più come violenza quella subita in concomitanza del consumo e più ancora della dipendenza.

È parte del "gioco" dell'approvvigionamento, è un rischio troppo spesso non visto e comunque difficilmente sanzionato e condannato senza indugi e moralismi dal pensiero comune.

Rispetto alle caratteristiche della famiglia di origine, le tossicodipendenti provengono più spesso degli uomini da famiglie dove altri membri manifestano problemi di abuso di droga e alcol (Nelson et al., 1995; Unodc, 2004; Neale, 2004; Womens Health Council, 2009).

Differenze neuroendocrine sessuali nell'adattamento al trauma, allo stress e nei sistemi di ricompensa (*reward*) hanno un peso non trascurabile nel segnare il rapporto tra consumatore/dipendente e droghe.

Se le donne negli ultimi anni hanno anticipato dal punto di vista anagrafico l'incontro con le sostanze rispetto ai pari età di sesso maschile, le stesse presentano più frequentemente sindromi ansioso-depressive, disturbi di personalità (istrionico e *bordeline*) e disturbi del comportamento alimentare, a fronte di disordini della condotta e disturbi di personalità antisociale e passivo aggressivi più frequenti per gli uomini.

Decisamente più autoplastica è dunque la condotta femminile come risposta al disagio e al dolore nonostante più accentuato sia il peso dello stigma e la percezione della gravità della condotta deviante.

Dagli ultimi dati disponibili nel nostro Paese, le donne consumano maggiormente psicofarmaci su prescrizione medica e non, mentre si allineano i dati M/F relativi ad alcol e tabacco. Cresce il numero delle donne dedite al gioco d'az-

zardo patologico. Interessante è notare come si tratti di sostanze o comportamenti a rischio riconducibili all'area della liceità dal punto di vista giuridico.

È prevedibile a tal proposito che ampliandosi lo spettro dei comportamenti che possono determinare vere e proprie dipendenze (cibo, *shopping online*, *social network*, ecc.), sebbene al momento ancora in fase di studio ma accentuate dalla pandemia da COVID-19 e dalle misure di contenimento adottate, l'immunità femminile subirà ulteriori strette e rivisitazioni.

Inoltre e nonostante le tante raccomandazioni internazionali, quando si fa riferimento alla salute non si può non considerare fin troppo *gender-blind* l'approccio sia in termini di assenza di specifica sperimentazione di farmaci(ancora oggi la stessa è solitamente condotta su maschi caucasici di circa 30/35 anni con peso corporeo mediamente intorno ai 70kg) con l'evidente rischio di sovradosaggio per l'universo femminile, sia in termini di sovraprescrizione rispetto ad alcune specifiche categorie farmacologiche.

Troppo spesso, e ancora oggi, si tenta di trattare il dolore delle donne con gli psicofarmaci che, in presenza di uso improprio, finiscono per determinare poliassunzione con quelle sostanze già assunte sulla via dell'automedicazione (vedi psicofarmaci e alcool).

Dai dati ufficiali, le donne presenti nei Servizi sono soprattutto dedite all'eroina, in modo particolare per via iniettiva e in contesti privati.

Le donne abbandonano con più facilità il trattamento mentre gli uomini abbandonano il trattamento soprattutto per la cessazione della sintomatologia astinenziale.

È maggiore l'incidenza di atti suicidari e lesivi tra le donne che, nella dipendenza patologica, risultano socialmente più isolate e di frequente intrattengono relazioni con uomini che fanno uso di sostanze. Sono proprio questi ultimi in un numero corposo di casi a "iniziare" la compagna o l'amica all'uso di sostanze soprattutto per via parenterale (Molteni, 2013).

È certamente più facile, infine, trovare coppie in cui l'uomo consuma o è dipendente mentre lei non ha contatti con le sostanze (legali o illegali) che non il contrario.

Consumatrici con motivazioni auto-terapeutiche (reagire a stress e placare l'ansia), vivono, spesso, in contesti che scoraggiano il ricorso ai Servizi sanitari nei confronti dei quali non appaiono particolarmente significative fiducia e aspettativa oltre ad essere oggetto, quando e per aver deciso di ricorrere agli stessi (e soprattutto da parte dei consumatori/dipendenti uomini) di riprovazione sociale e feroce stigmatizzazione. Nonostante tutto, la presa in carico da parte dei Servizi per le Dipendenze (SERD) è temporalmente più precoce con un rischio recidiva inferiore rispetto ai dati riferiti all'universo maschile.

IN PERENNE STATO DI FRAGILITÀ: IL TRATTAMENTO NON CURA SE LA CURA NON ACCOGLIE

É ancora piuttosto modesto il riconoscimento delle specificità, della distinta sintomatologia, della prescrizione nei confronti delle donne con DUS e questo non può essere giustificato da una visione esclusivamente epidemiologica. Misurabilità e evidenza empirica sono lontane dal poter definire la complessità del consumo e della dipendenza al femminile.

Se per il primo, dismessi i tratti dell'intento di maschilizzazione si assiste all'accentuarsi della sessualizzazione e della sessualizzazione in una chiave di forza e controllo (almeno fino a quando questo tiene), rinforzando i consueti stereotipi identitari femminili, nella dipendenza la donna assume ancora oggi i tratti della peccatrice, dell'indegna, dell'incompatibile con il tradizionale ruolo sociale di moglie e madre, il tutto senza tener conto di una significativa fragilità bio-psico-sociale.

È sola e quando non lo è si accompagna ad altri consumatori/dipendenti. É vulnerabile, è esposta a subire reati di e per la sostanza, forse anche per questo il *gap* numerico tra uomini e donne consumatori si assottiglia fino al sorpasso delle donne per ciò che riguarda le sostanze legali. Nel caso degli psicofarmaci, poi, le prescrizioni da parte dei medici sono più frequenti, come se il disagio, il malessere, il dolore al femminile dovesse essere acquietato e non visto, attraversato e curato nella sua complessità.

Non è bizantina l'idea che proprio questi aspetti unitamente alla minaccia sanzionatoria (reale o solo proiettata a causa del senso di colpa indotto dallo stesso stigma) e alle possibili conseguenze del portare all'attenzione dei Servizi le proprie difficoltà possano innescare dei meccanismi di deterrenza dall'opportunità stessa di chiedere aiuto seguendo percorsi istituzionali.

Nascosta in un sommerso per alcuni versi desiderato per altri subito, non risulta facile per una donna con DUS fidarsi e solo con il tempo e a fatica stabilisce una *compliance* con il Servizio e i suoi operatori.

È inopinabile che il trattamento debba rispondere a procedure scientifiche e all'applicazione di protocolli e linee guida (lì dove presenti) ma dal processo clinico non possono essere esclusi fattori psico-socio-culturali.

Se tra questi ultimi esistono fattori apparentemente più protettivi rispetto ai comportamenti a rischio messi in atto dall'uomo, più gravi per le donne appaiono le conseguenze nel momento in cui vengono meno questi stessi argini.

Il genere femminile, infatti, tende più velocemente a passare da forme di consumo saltuari alla dipendenza patologica – anche a parità di dosaggio e modalità di somministrazione – un fenomeno noto in inglese con il termine *telescoping*. Le stesse patologie correlate, si sviluppano più rapidamente tra le donne, per ragioni biologiche (costituzione corporea, metabolismo, sistema ormonale), sia nelle forme acute che croniche.

In che modo, dunque, i Servizi (Pubblico e Privato sociale) possono sottrarre le donne a questa multicausale fragilità, favorendone l'emancipazione non solo dalla condizione di dipendenza fisica e psicologica indotta dalle sostanze e dal comportamento a rischio ma anche da chi le "governa" e le tiene in un vero e proprio stato di sottomissione?

Non è difficile (teoricamente) suggerire le aree su cui dovrebbe concentrarsi l'attenzione e il fare degli operatori del settore. Il trattamento multimodale, l'apprendimento di competenze, il supporto motivazionale alla gestione del controllo, la riappropriazione del potere su di sé, la scoperta del "si può dire di no" in grado di declinare *ex novo* la bilancia dei diritti e dei doveri, l'importanza del piccolo gruppo dove attualizzare vissuti e agiti, sono alcuni dei piani entro i quali provare a lavorare, sebbene anche presi tutti assieme non necessariamente garantirebbero la cura.

Non c'è possibilità, infatti, nonostante la probabile (ma non scontata) buona volontà di chi è chiamato a curare, di intercettare, dare continuità alla presenza e alla disponibilità delle donne con DUS a occuparsi di sé senza una profonda motivazione, una puntuale formazione, la disponibilità da parte dei decisori politici di tornare a implementare le risorse (economiche e umane) destinate al settore (Pubblico e Privato sociale).

In conclusione, preferendo il dubbio alle certezze: partendo dalle esigenze più semplici e quotidiane delle donne con DUS, quanti operatori sarebbero disposti a barattare le proprie sicurezze fatte di procedure predefinite e riclassificazioni continue per confrontarsi con l'incerto, l'individuale, la soggettività, l'estrema complessità delle storie precedenti e susseguenti il consumo e la dipendenza al femminile?

Se pur l'originale resti ignorato minimizzato dall'epifania del fenomeno, il più delle volte nel mondo delle sostanze non sono le donne ad essere inaffidabili e poco propense alla cura, forse più semplicemente lo sono i Servizi che a loro dovrebbero offrire ben più di predeterminati e impersonali trattamenti. Il post-pandemia sottopone ai Servizi una sfida ulteriore: il recupero dell'accoglienza, parzialmente negata e comunque condizionata dalle misure di contenimento e una sua più realistica e *gender oriented* rivisitazione.

Anna Paola Lacatena
Dirigente sociologa presso il Dipartimento Dipendenze patologiche dell'ASL Taranto, autrice dei libri editi da Carocci, Roma: *Il rischio del piacere. Le sostanze psicotrope dall'uso alla patologia* (2019) e *La polvere sotto al tappeto. Il discorso pubblico sulle droghe tra evidenze scientifiche e ipocrisie* (2021).

Bibliografia

Benoit T., Jauffret-Roustide M., *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*, 2016, https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22

Cioce C., Zainni M., Macioce L., Cavalieri A. F., Tintoni M., Ciliberti P., Buongiorno S., Conte G., Scambia G., "Esperienza di integrazione assistenziale tra un Ser.T. e un centro avanzato di riferimento nella gestione delle gravide tossicodipendenti", *Italian Journal on Addiction*, vol. 3, 2, 2013, pp. 6–12

Liebschutz J., Savetsky J. B., Saitz R., Horton N. J., Lloyd-Travaglini C., Samet J. H., "The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(3): 121–128, 2002

Molteni L. (a cura di), "Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive", *Italian Journal on Addiction*, vol. 3, 2, 2013

Neale J., "Gender and illicit drug use", *The British Journal of Social Work*, 34(6): 851–870, 2004

Nelson Z. L., Kauffman M. D., Morrisone D. M., "Gender differencesin drug addiction treatment: implication for social work intervention with substance-abusing women", *Social Work*, 40(1): 45–54. 14, 1995

UNODC, *Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case studies and lessons learned*, 2004, www.unodc.org/docs/treatment/Toolkits/Women_Treatment_Case_Studies_E.pdf

Winhusen T. M., Kropp F., "Psychosocial treatments for women with substance use disorders", *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 30: 483–499, 2003.

Womens Health Council, *Women and Substance Misuse in Ireland*, 2009, www.drugsandalcohol.ie/12439/

LAVORARE CON L'ALTA CONFLITTUALITÀ GENITORIALE

Rappresentazioni di genere nel servizio sociale

Giulia Moretto
Diletta Mauri

Le situazioni di alta conflittualità rappresentano dei momenti di grande transizione familiare, estremamente sfidanti, sia per i genitori, coinvolti nel tentativo di ricostruire e rinegoziare il proprio ruolo genitoriale in un nuovo contesto familiare intriso di forti tensioni, ma anche per coloro che a diverso titolo intervengono a supporto di questo delicato processo e che, al contempo, sono chiamati a mantenere uno sguardo tutelante del benessere dei figli coinvolti.[1]

Una prospettiva conoscitiva che permetta di cogliere le rappresentazioni e il modo di dare senso al proprio ruolo da parte dei genitori, e di come questo sia a sua volta visto e rappresentato dai professionisti che lavorano in questi contesti, è ciò che si propone di realizzare il progetto di ricerca *Constructions of Parenting on Insecure Grounds: What Role for Social Work?* (CoPInG),[2] coordinato dalla prof.sa Silvia Fargion, dal quale

Note

1 Nel presente articolo abbiamo cercato di rivolgerci ai nostri lettori e lettrici nel rispetto dell'identità di genere. Al tempo stesso però ci premeva proporre un testo quanto più leggibile e chiaro possibile. Per questa ragione abbiamo adottato la sola variante maschile. Nello scusarci con le nostre lettrici per questa scelta, confidiamo nella loro comprensione.

prendono le mosse le riflessioni contenute nel presente articolo. Approfondire e comprendere le rappresentazioni di coloro che lavorano in questi contesti, apre a interrogativi sul ruolo che può assume lo sguardo conoscitivo con cui il professionista entra in relazione con le famiglie e con i percorsi di vita dei genitori. In questo articolo ci proponiamo di esplorare questi sguardi attraverso la lente del genere. A partire dalla letteratura sul tema, nella prima parte dell'articolo si cercherà di enucleare alcune concettualizzazioni utili a mettere a fuoco l'alta conflittualità genitoriale in una prospettiva di genere. Alla luce di ciò, a partire da alcuni dati emersi dalla ricerca CoPInG, la seconda parte dell'articolo si proporrà di esplorare se e come possano trovare spazio alcune assunzioni di genere e di come queste orientino, più o meno consapevolmente, le pratiche professionali.

GENITORIALITÀ E ALTA CONFLITTUALITÀ: UNO SGUARDO DI GENERE

Cercare di cogliere il carattere di fluidità e di complessità delle transizioni familiari contemporanee, come quelle innescate dalla separazione e dal divorzio che vedono coinvolti molti genitori in processi di ridefinizione del proprio ruolo, pone la sfida di guardare alla famiglia non solo come un aggregato di funzioni sociali ascritte ma nel 'suo farsi', in quell'intreccio di pratiche quotidiane co-costruite dai suoi membri e sulle quali essi radicano il proprio significato di famiglia (Morgan, 2011; Satta *et al*., 2020). Guardare ai processi di significazione che permeano le pratiche genitoriali sottolinea inoltre come i legami familiari per esistere, abbisognano non soltanto di essere agiti, ma anche di essere mostrati e resi riconoscibili, tra i membri e all'esterno, come espressione di una cornice di significato condivisa e associata alla famiglia (Finch, 2007).

Le famiglie oggi sono attraversate da cambiamenti che interessano le distribuzioni di potere e responsabilità tra i generi e che mobilitano nuove pratiche e risorse narrative con cui irrorare il mostrare e il fare famiglia. Si pensi, per esempio, all'adesione a modelli più democratici di condivisione delle responsabilità familiari (Naldini, 2016) in relazione all'evoluzione del ruolo paterno e al maggior accesso delle donne al mondo del lavoro. Questi processi, se da una parte hanno visto un aumento progressivo negli ultimi anni, non sembrano però essere stati accompagnati da una ridistribuzione reale dei compiti di cura e domestici all'interno di molti sistemi familiari, lasciando così inalterata la potenza che il mancato riconoscimento di questi aspetti può giocare all'interno delle relazioni (Satta *et al*, 2020).

In quei contesti familiari caratterizzati da potenti fratture, come nel caso dell'alta conflittualità, le evoluzioni dei processi attraverso cui le famiglie si rendono visibili e si raccontano all'esterno, appaiono pertugi rilevanti da cui poter leggere le rappresentazioni di genere e gli equilibri di potere che hanno definito nel tempo quel particolare sistema familiare. Questi sono legati a dinamiche intime di ciascuna famiglia così come attivamente negoziati in relazione ai modelli culturali e sociali dominanti. Tra questi, un concetto centrale che in situazioni di incertezza si insinua in maniera pervasiva nelle costruzioni di genitorialità, fa riferimento all'*intensive parenting* (Hays, 1996) e all'idea che il genitore sia l'unico attore responsabile nel determinare il benessere e il futuro dei propri figli, esponendolo a vortici di forti aspettative e pressioni sociali. Alcuni autori sottolineano come ciò abbia un impatto di intensità maggiore in termini di malessere psicologico nelle madri rispetto ai padri. Questa propensione, definita da alcuni *mother blame* (Henderson *et al*., 2012) mette in luce come le credenze e i discorsi pubblici sulla maternità influenzino maggiormente il senso di scarsa efficacia delle madri, aumentandone il senso di colpa in rapporto alle aspettative percepite sul proprio ruolo.

Anche i servizi sociali nell'esercizio dei propri mandati possono rappresentare luoghi di risonanza e rinforzo dei discorsi dominanti sulla genitorialità (Platt, 2012; Morris *et al.*, 2013). Per esempio, alcuni studi nell'ambito della violenza familiare sottolineano come tra le rappresentazioni dei professionisti, le donne vengano maggiormente colpevolizzate dei presunti fallimenti incontrati nell'educazione e nella protezione dei loro figli (Scourfield, 2001; McLaren, 2013).

Separazioni e divorzi possono aprire a profondi conflitti attorno alle questioni che riguardano la genitorialità, ingaggiando i soggetti in impegnativi processi di riposizionamento all'interno di un nuovo assetto. Questo avviene anche nell'interazione con le costruzioni socio-giuridiche della genitorialità post–separazione, caratterizzate da definizioni normative orientate ad una gestione coordinata delle funzioni genitoriali, basate su un accordo di collaborazione tra mamme e papà. Una visione normativa della co–genitorialità sembra quindi assurgere a soluzione ideale a cui dover tendere (o aiutare a tendere), presupponendo, quasi aprioristicamente e in via di principio, un'uguaglianza sostanziale e paritaria dei compiti e delle responsabilità genitoriali (Quadrelli, 2009). Nel lavoro con l'alta conflittualità genitoriale, ciò che può accadere è che un'adesione ideale "a come dovrebbe essere", decontestualizzata da ciò che era il sistema di equilibri e squilibri preesistenti, induca l'azione del professionista ad essere cieca verso le dimensioni di genere che hanno permeato i rapporti familiari rischiando, come dimostrato da diversi studi, di naturalizzarli o riprodurli attraverso gli interventi (Gillies, 2005; Daly, 2013; Geinger *et al.*, 2014).

Nel prossimo paragrafo presentiamo alcune riflessioni a partire dai dati raccolti attraverso la ricerca CoPInG, cercando di focalizzarci sulle rappresentazioni degli assistenti sociali coinvolti nel supporto a genitori in situazione di alta conflittualità.

LO SGUARDO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI IN UNA PROSPETTIVA DI GENERE

Il servizio sociale ha un ruolo centrale nel sostegno alla genitorialità altamente conflittuale e, con mandati diversi, partecipa attivamente alla

ricostruzione degli equilibri successivi alla fase separativa.

Come abbiamo avuto modo di discutere nel precedente paragrafo, in un contesto di lavoro così delicato e incerto, in cui i contorni definitori della identità genitoriale si fanno più permeabili alle definizioni eteronormate della società, lo sguardo e la postura conoscitiva con cui il professionista entra in relazione con le famiglie e con i percorsi di vita dei genitori, diventano luoghi molto rilevanti in cui le prospettive di genere possono, o meno, trovare uno spazio e orientare le pratiche.

Le riflessioni che presentiamo sono tratte da 4 interviste in profondità e tre *focus group* con equipe di lavoro condotti nel corso dello studio preliminare della ricerca, per un totale di 15 assistenti sociali. Le interviste e i *focus group* si proponevano di esplorare le rappresentazioni degli assistenti sociali sulle quotidiane pratiche professionali nelle situazioni di alta conflittualità: i temi più significativi e ricorrenti e gli aspetti sfidanti che connotano quest'ambito di lavoro e relazione. L'analisi dei dati, ispirata alla metodologia della *Grounded Theory* (Charmaz, 2014), si propone di mettere in luce le dimensioni di genere presenti nelle narrazioni degli assistenti sociali coinvolti, attraverso una riflessione orientata ad esplorare il ruolo e la postura dalle quali lo "sguardo" del professionista parte e trova radicamento.

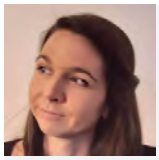
Un aspetto molto rilevante e trasversale a tutti i professionisti intervistati riguarda la complessità di lavorare nelle situazioni di alta conflittualità a causa della pervasiva percezione di essere tirati continuamente a prendere posizione rispetto alle istanze portate dai genitori, come affermato da un'assistente sociale che esprime la fatica di sentirsi considerata l'"avvocato di parte dei genitori". Sembra emergere la difficoltà di essere immersi in un contesto impregnato da aspettative ritenute non del tutto aderenti al proprio ruolo. A tal proposito aggiunge la stessa intervistata: "perché siamo degli assistenti sociali, non siamo l'avvocato né dell'uno né dell'altro". La complessità di lavorare in queste situazioni espone al rischio di schieramento con verità opposte e spesso contrastanti e ciò sembra in disaccordo con il proprio mandato, tanto da rappresentarne il possibile fallimento. È condivisa da molti operatori, come espresso da un assistente sociale, l'importanza di "stare sempre molto attento a non entrare né da una parte né dall'altra. Quello che aiuta è rimanere neutrale e centrarsi su come stanno i bambini". La posizione di neutralità è in molte narrazioni rappresentata come la strada più adeguata per riuscire a stare dentro questi contesti familiari, al fine di mantenere uno sguardo attento ai bisogni e al benessere dei figli. Nelle interviste emerge la preoccupazione di non colludere né propendere verso delle richieste di alleanza a verità che in molti casi sembrano anche nascondere delle conflittualità eccessive e non basate su questioni ritenute rilevanti. Afferma a questo proposito un'assistente sociale che "questi genitori litigano per tutto, su ogni cosa. Sulle decisioni importanti che riguardano i minori ma anche sulle cose banali, su ogni cosa viene creato un conflitto".

La fatica nel confrontarsi con le ragioni delle conflittualità, al netto della complessità relazionale in cui si trovano quotidianamente coinvolti gli assistenti sociali, sembra escludere letture del conflitto che facciano capo a dimensioni di genere. Sono rare le narrazioni che riconducono il conflitto a questioni di potere legate alle relazioni di coppia e, quando presenti, riguardano le situazioni in cui vengono rilevati squilibri molto forti ed evidenti a svantaggio di uno dei due genitori. In queste situazioni il conflitto, per esempio rispetto alle scelte educative, può essere percepito dall'assistente sociale come uno strumento agito dai genitori per riposizionarsi negli equilibri di coppia, afferma a questo proposito un intervistato: "quei genitori che hanno dovuto nel tempo essere in un ruolo down nella relazione di coppia, poi si emancipano con la separazione e hanno bisogno di recuperare il terreno perduto riposizionandosi. Chiaramente lo fanno, in questi casi in maniera molto aggressiva e distruttiva, però c'è un bisogno individuale di auto riabilitazione". Gli assistenti sociali sembrano avvicinarsi con una lettura consapevole delle dimensioni di genere in gioco anche quando queste, per esempio, riguardano le frequenti e spesso non viste situazioni di violenza domestica che rimangono coperte sotto l'etichetta dell'alta conflittualità, come espresso da un intervistato: "ci sono alcuni che arrivano come alta conflittualità, e poi man mano invece si comprende che c'è stata o è agita violenza che non è riconosciuta chiaramente". Tuttavia, la maggior parte delle narrazioni sui conflitti tra i genitori, anche probabilmente in relazione alla postura di imparzialità a cui gli assistenti sociali sembrano voler aderire, esclude letture di genere e dimensioni strutturali a cui ricondurre le relazioni tra uomini e donne.

L'attenzione del servizio sociale appare fortemente orientata al supporto della co-genitorialità, con il rischio però che una postura neutrale scevra da una consapevolezza degli aspetti di genere sottesi alle relazioni familiari, riproduca negli interventi pregiudizi e atteggiamenti eteronormati. Un'assistente sociale, rilevando per esempio posizioni assunte dai colleghi che ci sembra possano allinearsi con la cultura del *mother blame*, di cui abbiamo parlato nel precedente paragrafo, riporta: "il discorso del ruolo, di attendersi che la mamma deve essere perfetta, che deve fare tutto, che se una volta si dimentica di andare a prendere il bambino a scuola 'oddio che mamma è!', mentre il papà può andare in ritardo che 'vabbé!'". Questa lettura tratteggia un approccio colpevolizzante nei confronti delle madri, alle quali sembrano venire attribuite maggiori responsabilità di quelle riconosciute ai padri, senza però dimostrare una pari comprensione nei confronti delle difficoltà che ciò comporta. Questo atteggiamento trova riscontro in altre rappresentazioni raccolte, come in

Note

2 CoPInG è un Progetto di ricerca di interesse nazionale. Per un approfondimento si rimanda al sito www.dipsco.unitn.it/coping



Giulia Moretto
Assistente sociale specialista e assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Trento. Ha lavorato con realtà del terzo settore impegnate nell'accoglienza minori e come assistente sociale nell'area minori e famiglie.

Diletta Mauri
Assistente sociale specialista e studentessa di dottorato presso il Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Trento.

quelle espresse da un'equipe di assistenti sociali che assegnavano alla madre un ruolo fortemente accentratore e crudele, all'opposto di un padre visto come vittima delle dinamiche di coppia: "Nell'alta conflittualità gli uomini reagiscono di pancia, senza pensarci e magari in malo modo. Le donne invece sono più crudeli, in modo più fine [...] nel senso che le donne sanno dove colpiscono e affondano, l'uomo è più pasticcione".

Il servizio sociale coinvolto nelle situazioni di alta conflittualità genitoriale è chiamato a intervenire in uno spazio relazionale sottoposto a una ricostruzione dei confini di cura e responsabilità familiari, sostenendo genitori che si confrontano con pressioni e aspettative molto forti. Deve inoltre costruire il proprio agire all'incrocio tra mandati diversi e spesso contrastanti che derivano dall'Autorità giudiziaria, dalla propria organizzazione, dai genitori e dal modo di intendere la propria professione. Ci sembra che la complessità dell'intervento in queste situazioni sia frequentemente ricondotta proprio all'intersecarsi di tali mandati, che rischiano di portare a una postura che fatica a beneficiare di letture complesse e articolate sul multiforme intreccio relazionale in cui si viene coinvolti. Nonostante lo sforzo di non schierarsi rispetto alle posizioni in gioco nel conflitto, la richiesta di intervenire supportando la definizione dei nuovi assetti familiari sembra esporre comunque il professionista a dover assumere una presa di posizione che, proprio nella fatica di dar spazio a letture complesse delle dinamiche in atto, rischia di agire riproducendo dinamiche strutturali legate a relazioni di potere preesistenti. Acquisisce un ruolo centrale da questo punto di vista anche la legge sull'affido condiviso che sembra rappresentare lo strumento che maggiormente spinge a definire in modo ideale una suddivisione dei ruoli decontestualizzata ed eteronormata. Afferma a questo proposito un'assistente sociale: "per quanto sulla carta ci siano delle rigide separazioni che sembrano favorire la piena condivisione della genitorialità, in realtà a me sembra che è sempre la madre a portare il carico maggiore".

CONCLUSIONI

Il lavoro degli assistenti sociali nell'alta conflittualità genitoriale, prendendo forma in una delicata fase di ricostruzione "del fare famiglia", si inserisce in un groviglio di forti tensioni emotive e di aspettative reciproche di cambiamento, intercettando inevitabilmente le rappresentazioni di genere che hanno definito nel tempo gli equilibri di potere di quel particolare sistema familiare. Nell'entrare nelle traiettorie di vita individuali e familiari, l'assistente sociale è portatore di un proprio "sguardo", costruito nell'interazione tra diverse cornici conoscitive, nonché negoziato nella complessa espletazione del proprio ruolo, all'incrocio tra mandati diversi e spesso contrastanti. Ciò, come tratteggiato nel secondo paragrafo, rischia di esporre le letture di queste situazioni a una posizione *gender neutral*. Sembra essere proprio la consapevolezza di avere sguardi intrisi di assunzioni di genere a far sì che alcuni assistenti sociali si siano attrezzati per costruire chiavi di lettura ulteriori; come affermato da un'assistente sociale che trova nella possibilità di "guardarsi e capire dove ci sono i pregiudizi" una risorsa indispensabile per lavorare nelle situazioni di alta conflittualità e arginare la potenza che gli schemi di potere agiscono e dei quali sono intrise le dimensioni familiari.

Bibliografia

Charmaz K., *Constructing Grounded Theory*, Sage, London, 2014

Daly M., Parenting support: Another gender-related policy illusion in Europe?, in *Women's Studies International Forum*, 41, pp.223–230, 2013

Favretto, A. R., La Costruzione Sociale della "Genitorialità Adeguata" in Ambito Pediatrico. Controllo Sociale, Saperi Esperti e Saperi di Senso Comune, in *Sociologia Del Diritto*, 2013, (2), 131–157, p. 131

Finch, J., Displaying families, in *Sociology*, 2007, *41*(1), pp.65–81

Geinger, F., Vandenbroeck, M., & Roets, G., Parenting as a performance: Parents as consumers and (de)constructors of mythic parenting and childhood ideals, in *Childhood*, 21(4), pp.488–501, 2014

Gillies, V., Meeting parents' needs? Discourses of "support" and "inclusion" in family policy, in *Critical Social Policy*, *25*(1), pp.70–90, 2005

Hays, S. (1996), The cultural contradictions of motherhood, Yale University Press, New Heaven

Henderson, A., Harmon, S., Newman, H., The Price Mothers Pay, Even When They Are Not Buying It: Mental Health Consequences of Idealized Motherhood, in *Sex Roles*, 2016, *74*(11–12), pp.512–526

McLaren, H., J., (Un)-blaming mothers whose partners sexually abuse children: in view of heteronormative myths, pressures and authorities, in *Child and Family Social Work,* 18, pp 439–448, 2013

Morgan, D. H. J., *Rethinking family practices*, Basingstoke: Palgrave Macmillan, New York, 2011

Morgan, D.H. J., Locating 'family practices', in *Sociological research online,* 2011, *16*(4), pp.174-182

Morris, K., White, S., Doherty, P., WarwicK, L., Out of time: theorizing family in social work practice, in *Child and Family Social Wor*k, 18, pp 354–364, 2013

Naldini, M., *La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali*, Il Mulino, Bologna, 2016

Platt, D., Understanding parental engagement with child welfare services: an integrated model, in *Child and Family Social Work*, 17, pp 138–148, 2012

Polini, B., Maggioni B., *La genitorialità adeguata. Competenza ed efficacia nelle relazioni familiari*, FrancoAngeli, Milano, 2016

Quadrelli, I., *Genitorialità in transizione, madri e padri dopo la separazione*, Liguori Editore, Napoli, 2009

Satta, C., Magaraggia, S., Camozzi I, *Sociologia della vita famigliare. Soggetti, contesti e nuove prospettive,* Carocci editore, Roma, 2020

Scourfield, J. B., Constructing Men in Child Protection Work, in *Men and Masculinities*, 4(1), pp.70–89, 2001

L'ASSISTENTE SOCIALE DI COMUNITÀ

a cura del
Gruppo di lavoro QuBì

L'esperienza dei Servizi sociali del Comune di Milano all'interno del Programma QuBì.

All'interno dell'ultimo Piano di Sviluppo del Welfare 2018/2020, l'Amministrazione del Comune di Milano ha messo in evidenza il valore del lavoro di comunità, grazie anche alla *partnership* con Fondazione Cariplo confluita nel Programma QuBì, che si concluderà nel dicembre 2022.

QuBì (Quanto Basta) è un programma promosso da Fondazione Cariplo, con il sostegno di Fondazione Vismara, Fondazione Invernizzi, Intesa San Paolo, Fondazione Fiera Milano, Fondazione SNAM, in collaborazione con il Comune di Milano, che si pone l'obiettivo di rafforzare la capacità di contrasto della povertà minorile nella Città di Milano, attraverso lo sviluppo di 4 assi di lavoro:

1. raccolta dei dati per realizzare una fotografia della povertà e delle risposte date da pubblico e privato sociale;
2. realizzazione di azioni specifiche e innovative di contrasto alla povertà;
3. aumento della capacità di spesa delle famiglie in povertà, per soddisfare i bisogni primari;
4. potenziamento dell'accompagnamento delle famiglie, per fare in modo che escano dalla situazione di bisogno.

Per la realizzazione di tale programma, il Comune di Milano ha dedicato otto Assistenti sociali del Servizio sociale professionale territoriale (SSPT), una per Municipio, e un referente di progetto. Questo ha consentito di investire nella costruzione-sperimentazione di una figura di "Assistente sociale di Comunità".

Grazie alla collaborazione tra le Fondazioni e il Comune di Milano è stata svolta una raccolta dei dati per realizzare una fotografia della povertà nei vari quartieri milanesi, così da individuare tra essi 25 NIL (Nuclei di Identità Locale) particolarmente fragili. All'interno di questi sono state costituite mediante un Bando, promosso dalle Fondazioni stesse, 23 reti territoriali, composte da realtà del privato sociale, alle quali è stato chiesto di co-progettare, insieme alle Assistenti sociali, delle "ricette" di contrasto alla povertà minorile, a partire dalla valorizzazione delle risorse presenti nei singoli territori.

La realizzazione della progettualità nei quartieri e la co-conduzione del lavoro di rete con un rappresentante del terzo settore (referente di rete),[1] oltre a garantire l'integrazione tra pubblico e privato, hanno permesso di delineare ruoli e funzioni dell'Assistente sociale di Comunità e di tracciare una cornice di riferimento unitaria, confluita nella stesura di un documento, redatto dal gruppo di lavoro composto dalle Assistenti Sociali referenti del programma QuBì.

L'elaborato trova fondamento nel Codice Deontologico dove troviamo importanti riferimenti al ruolo dell'Assistente sociale di comunità: conoscenza del territorio e delle sue risorse, promozione e sviluppo delle politiche sociali integrate, difesa del bene comune e dell'equità sociale, collaborazione con organizzazioni pubbliche e private. Grazie alla Legge quadro 328/2000 è stato individuato il livello locale dei territori e delle comunità come luogo elettivo per la definizione e l'implementazione di politiche sociali e di nuove forme di *governance* orientate verso la partecipazione. Si riconosce il valore del terzo settore e della cittadinanza che concorrono alla realizzazione dei Servizi.

RUOLO E FUNZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE DI COMUNITÀ: METODO E STRUMENTI DI LAVORO

In questo quadro di riferimento, l'Assistente sociale di comunità QuBì, assumendo come presupposto che una comunità generativa aiuti a creare progresso e benessere a partire dai bambini, persegue l'obiettivo di orientare il proprio intervento in stretta sinergia con i soggetti della rete e il loro referente, favorendo la prevenzione primaria del disagio. Le azioni mirate a tale scopo sono rivolte a stimolare le risorse formali ed informali dei territori, promuovere l'*empowerment* delle persone e della loro rete, potenziare le risposte autogestite, collettive e con-divise ed infine a connettere le risorse del territorio, orientandole verso un obiettivo comune.

Alla luce di quanto descritto, l'Assistente sociale QuBì espleta funzioni organizzative, sia in concerto con il referente di rete, sia prettamente specifiche del ruolo professionale e del lavoro di comunità.

L'Assistente sociale, in stretta connessione con il Referente di Rete, svolge un lavoro di "manutenzione" della rete di Progetto, rivolto prima di tutto a costruire, stimolare e rafforzare le relazioni interne, coinvolgendo anche i partner più periferici, mediante:

- il monitoraggio dell'andamento del progetto e della rete, attraverso incontri con i vari partner, l'utilizzo di strumenti di verifica periodica, dell'efficienza delle azioni e dell'efficacia di connessioni e relazioni;
- la cura delle comunicazioni interne con i partner di progetto e con la rete territoriale

Note

1 Operatore esperto del terzo settore, individuato da ogni rete, in qualità di referente di ciascun progetto del Programma QuBì

allargata, attraverso cui favorire la circolazione delle informazioni e la costruzione di un linguaggio e una cultura condivisi;
- il coordinamento e la facilitazione della Cabina di Regia e di eventuali altri gruppi di lavoro, anche attraverso la formazione ed autoformazione interna, degli operatori e dei sensori (cittadini attivi, insegnanti, volontari che intercettano per primi le situazioni di difficoltà).

Inoltre, l'Assistente sociale di progetto attua una funzione di stimolo e raccordo per attivare incontri tra QuBì interni al medesimo Municipio, per un confronto su attività, modalità organizzative e di gestione strumenti, monitoraggio e buone prassi su casi particolari.

Infine, viene perseguita una partecipazione a laboratori cittadini tra i vari QuBì, durante i quali l'Assistente sociale contribuisce, con il suo punto di vista professionale, allo scambio e alla trasmissione di buone prassi, per la costruzione di una "Comunità di pratiche" in grado di rimanere nel tempo, pur nel rispetto delle diversità degli specifici territori.

Rispetto all'implementazione delle azioni di progetto, l'Assistente sociale di Comunità, in sinergia con il Referente di Rete si occupa di:
- co-progettare, impostare, avviare e monitorare le azioni, i contenuti delle azioni, collaborando alla loro riprogettazione e ridefinizione qualora emergano nuovi bisogni e criticità, anche attraverso tavoli tematici (per esempio, Area scolastica/alimentare/aggregativa, ecc.);
- regolamentare l'utilizzo del budget di comunità (un fondo di comunità con risorse economiche non allocate su azioni specifiche previste dalle "ricette" dei diversi NIL, ma utilizzabile per dare risposta a bisogni emergenti dei minori, individuali o collettivi);
- individuare punti di accesso informali per intercettare le famiglie *target* (per esempio, Centri di ascolto, realtà sportive e di aggregazione).

Un ultimo nucleo di attenzione, espletato nel lavoro interno alla rete di progetto, riguarda l'Implementazione del lavoro con le famiglie. A tal fine, l'Assistente sociale di Comunità si impegna a:
- fornire consulenza e orientamento tecnico-professionale nei confronti degli operatori della rete e del territorio (Istituzionali e non) e, per le situazioni più complesse, anche in collaborazione con l'équipe di lavoro interna al proprio Servizio Sociale Professionale Territoriale di riferimento;
- sostenere la co-costruzione di progetti articolati e mirati tra gli operatori e le famiglie, anche individuando nuovi percorsi di accompagnamento individuale e collettivo per tipologia di bisogno;
- promuovere incontri con gruppi di famiglie e cittadini, attraverso tre possibili declinazioni: la facilitazione di gruppi volti alla promozione della cittadinanza attiva e alla riprogettazione degli interventi, la Co-progettazione della gestione di gruppi, condotti da altri operatori della rete ed infine la costituzione di gruppi a scopo informativo e/o di orientamento alle risorse (prevenzione attraverso la conoscenza). In particolare, tale ultimo lavoro ha lo scopo di decostruire gli stereotipi nei confronti dei Servizi, anche per sostenere la riduzione della soglia di diffidenza dei cittadini verso le Istituzioni.

Un altro aspetto relativo alle funzioni dell'Assistente sociale di Comunità riguarda il raccordo tra Rete QuBì e SSPT.

Le Assistenti sociali di Comunità si impegnano, attraverso un costante confronto con le Posizioni Organizzative Territoriali (POT) e i Coordinatori Tecnico Metodologici (CTM) dei Municipi, a individuare i bisogni delle famiglie con l'équipe del SSPT, al fine di costruire insieme alle reti territoriali nuove azioni in risposta ad essi.

Sviluppano, inoltre, a partire dalle funzioni proprie della professione, delle modalità operative volte a creare un raccordo tra il Servizio Sociale e reti QuBì mediante:
- informazione periodica del SSPT sulle opportunità attivate dal territorio, attraverso diverse modalità di intervento, che sono state sperimentate nel corso del tempo (newsletter mensile, trasmissione di volantini, bacheche aggiornate per colleghi e cittadini, momenti informativi per mantenere viva l'attenzione su vari *focus* e risorse);
- monitoraggio delle azioni afferenti a situazioni di famiglie affiancate dalla rete QuBì, destinatarie di Reddito di Cittadinanza e/o in carico al Servizio sociale, attraverso la promozione di confronti di rete tra operatori, scambio di informazioni e riflessioni all'interno delle équipe, facilitazione della comunicazione tra rete e Servizio;
- cura dei passaggi/invii di famiglie da rete a SSPT e viceversa e orientamento degli operatori agli interventi più appropriati per quel nucleo familiare, in base all'offerta presente sul territorio o per un accompagnamento mirato della famiglia al Servizio sociale o specialistico, qualora si ravvedano elementi di multi-problematicità, che necessitino di un aiuto più articolato e specializzato;
- ricomposizione delle risorse e degli interventi, sia pubblici che privati (per esempio, mappatura di misure di sostegno al reddito nazionali, regionali e comunali).

Infine, un ultimo ambito di intervento è rappresentato dal raccordo tra la Rete QuBì e altre realtà territoriali.

L'Assistente sociale di Comunità contribuisce a sviluppare relazioni esterne con il territorio e le Istituzioni pubbliche e private (Municipio, Settori e Aree del Comune di Milano, ASST, ecc.) attraverso modalità concordate anche con la Posizione organizzativa territoriale occupandosi di:
- far conoscere il progetto, la rete e le opportunità di QuBì;
- esplicitare sia le modalità di accesso alle opportunità di QuBì, sia le caratteristiche delle famiglie *target*, sia le modalità di accesso al Servizio sociale;
- raccogliere *input* sulle problematiche del quartiere e incanalare proposte operative in merito;

- avviare nuove collaborazioni, anche con realtà apparentemente periferiche e generiche, che promuovono attivamente il benessere del minore in "ottica QuBì" (per esempio, centri sportivi, scuole musicali);
- favorire contaminazione e condivisione, anche con tavoli Istituzionali attualmente operativi sul territorio (per esempio, Tavoli sociali).

Uno dei *focus*, di attenzione e di cura delle relazioni con l'esterno, riguarda il mondo della scuola, con cui si cercano connessioni, sia mediante l'offerta di opportunità educative e ricreative, per esempio laboratoriali, sia con l'opportunità di una consulenza in merito a situazioni individuali, per un orientamento alle risorse Istituzionali e territoriali.

In particolare, il ruolo dell'Assistente sociale si orienta alla conoscenza reciproca delle realtà ed enti territoriali, per creare collaborazioni, ma anche per trasmettere e valorizzare i contenuti del lavoro del Servizio, affinché il Servizio Sociale venga sempre più percepito come luogo di accoglienza e promozione delle risorse individuali, familiari e territoriali.

PROSPETTIVE FUTURE

Il gruppo delle Assistenti sociali di Comunità ha avviato e sviluppato fin dall'inizio del progetto QuBì un lavoro di riflessione e confronto che è andato di pari passo con l'operatività.

È progressivamente emerso come importante immaginare che il Lavoro di Comunità, le relazioni e le collaborazioni territoriali, consolidate o create nel tempo possano continuare anche successivamente.

È stato quindi possibile sintetizzare alcuni punti, condivisi con la Direzione Politiche sociali del Comune di Milano, che rappresentano per il gruppo di lavoro le prospettive di operatività futura, oltre QuBì, del Lavoro di Comunità, da attuarsi sia all'interno del Servizio Sociale che al suo esterno. Tali traiettorie di lavoro sono state suddivise in prospettive a breve, medio e lungo termine.

Nelle prospettive a breve termine il focus è posto in primis sul consolidamento delle connessioni e integrazioni tra l'intero Servizio sociale territoriale e le reti locali.

Si rende necessario pertanto un maggiore coinvolgimento dei Responsabili del Servizio Sociale nelle fasi di progettazione e monitoraggio delle azioni progettuali e dei colleghi assistenti sociali a tavoli di lavoro tematici.

Allo stesso modo, la partecipazione alle équipe di Servizio dei referenti di rete e di referenti di azioni specifiche, permette una maggiore diffusione e fruibilità delle risorse territoriali, l'ampliamento delle conoscenze reciproche ed il rafforzamento delle relazioni con i vari attori.

A questo proposito si inserisce il tema della comunicazione, aspetto non sempre fluido ed efficace. Gli strumenti precedentemente citati (email, cartelle condivise e newsletter) non sempre sono stati funzionali e si è reso necessario ripensarli per renderli maggiormente attrattivi per il Servizio, al fine di mantenere costante l'attenzione e l'aggiornamento sul progetto e più immediato l'accesso alle risorse messe a disposizione. Inoltre, va mantenuto e sostenuto anche il flusso di informazioni dal Servizio verso le reti, che fungono a loro volta da tramite per le famiglie del territorio.

Un ulteriore aspetto riguarda l'implementazione della connessione degli interventi di QuBì con i beneficiari di RdC (e anche per eventuali altre misure di sostegno al reddito in futuro). Questa interazione è molto importante poiché il territorio è fondamentale per la realizzazione di interventi di contrasto alla povertà.

Come obiettivo a breve termine ci si è posti anche un maggior coinvolgimento delle scuole poiché, grazie alla presenza dell'Assistente sociale di Comunità è stata rilevata la loro esigenza di ricevere una corretta e strutturata informazione circa le modalità di accesso ai Servizi sociali, in particolar modo rispetto alle situazioni più complesse. Anche tale azione può essere implementata attraverso il coinvolgimento delle PO e CTM, così come avvenuto in altri progetti.

Infine, va potenziata e facilitata la connessione dei vari progetti QuBì presenti su ogni Municipio, per il confronto su attività trasversali e per realizzare azioni comuni e/o sinergiche.

Le prospettive a medio termine allargano invece lo sguardo al livello cittadino di progetto, alla relazione con il Municipio e alla cittadinanza attiva.

Il programma QuBì oltre alle azioni specifiche a contrasto della povertà minorile, ha in questi anni sperimentato gruppi di lavoro e comunità di pratiche congiunti tra territorio e Servizio sociale, trasversali a tutta la città, su diversi argomenti. Questa metodologia è stata proficua ed apprezzata. Le reti sentono ora la necessità di riunirsi per riflettere insieme sui bisogni che emergono dal lavoro nei territori, per poter costruire un linguaggio comune e la lettura condivisa delle situazioni. Sono stati a questo scopo riavviati tavoli a cadenza regolare e l'auspicio è che ciò diventi prassi anche a conclusione del Programma QuBì, coinvolgendo dei colleghi e delle colleghe del Servizio sociale.

In questo quadro la figura dell'Assistente sociale di Comunità potrebbe avere sempre più un importante ruolo di sollecitazione e ricomposizione.

Anche il Municipio rappresenta un interlocutore cruciale per una lettura congiunta dei bisogni, allo scopo di ottimizzare le risorse già presenti e attive e dare una risposta coordinata ed eventualmente orientarne le azioni. Già in questi anni si sono avviate collaborazioni ma spesso in modo sporadico e legato a circostanze specifiche: l'obiettivo è quello di instaurare un confronto costante al fine di costruire un raccordo e una collaborazione ricorrente, per uno scambio reciproco di conoscenze del territorio e delle progettazioni esistenti.

Un tema di grande interesse riguarda la promozione della cittadinanza attiva, declinato in tre aree riferite a:

- i singoli cittadini impegnati in azioni di volontariato;
- i fruitori di servizi di QuBì che mettono a

disposizione alcune competenze, diventando a loro volta risorsa (percorsi di *empowerment*);
- gli esercizi commerciali e singoli professionisti che si mettono a disposizione a prezzi calmierati per perseguire le finalità del progetto;

Infine, ci si è soffermati sulle prospettive future a lungo termine e di più ampio respiro.

La povertà è multifattoriale e il suo contrasto non può oggi riguardare solo le politiche sociali, bensì anche altri ambiti e settori, in ottica integrata. Alla luce di questa considerazione, all'interno del Comune di Milano in questi due anni si sono sviluppati intrecci e connessioni con i Settori Educazione, Cultura e Sport. La prospettiva per il futuro è che le diverse Direzioni lavorino in sinergia nel contrasto alla povertà minorile, per superare la frammentazione.

Nella prosecuzione del Lavoro di Comunità, è possibile immaginare che questo sia destinato ad altri *target* di popolazione, anche in connessione con altre progettazioni comunali e non, in affiancamento al lavoro svolto da CTM e PO.

Un ultimo obiettivo trasversale, che viene portato avanti giorno per giorno sin dall'inizio della sperimentazione e che rappresenta un lavoro continuo, riguarda il consolidamento del ruolo dell'Assistente Sociale di comunità. L'Amministrazione Comunale sta perseguendo la scelta di investire su questa figura e di darle continuità anche al termine del Programma QuBì, rendendola strutturale.

In questi prossimi due anni vi è dunque il compito di mettere a sistema i ruoli e le funzioni descritti in precedenza, per definire in modo sempre più preciso questa figura.

Contestualmente, si ritiene importante avviare un confronto e una connessione con le altre esperienze significative di lavoro di Comunità, al fine di scambiare saperi e buone prassi con diversi Comuni.

STRUMENTI DI MONITORAGGIO: WORK IN PROGRESS

Durante la sperimentazione del programma QuBì è progressivamente emersa l'esigenza di dotarsi di dispositivi di rilevazione, finalizzati ad analizzare l'impatto sociale prodotto dall'integrazione tra reti e Servizio sociale. Nello specifico, si sta lavorando al perfezionamento degli strumenti e alla raccolta dei dati che riguardano le famiglie, considerando sia quelle segnalate dal SSPT per un invio alla rete QuBì, sia quelle per le quali la rete territoriale ha rilevato il bisogno di una regia e di interventi da parte del Servizio sociale.

Inoltre, come obiettivo per il prossimo biennio, si è valutata la necessità di integrare l'analisi dei dati quantitativi, con un'analisi qualitativa, correlata al meta-lavoro con le famiglie, e che può essere considerata anche rappresentativa del lavoro di comunità in senso stretto.

Questo tipo di lavoro si realizza mediante le sopracitate funzioni di consulenza tecnico professionale ai partner della rete, di monitoraggio dei percorsi e di lavoro di rete secondaria, per facilitare connessioni ed integrazione tra le diverse realtà coinvolte, a favore dei nuclei intercettati.

Tale compito rappresenta una componente essenziale, nonché una delle parti più consistenti del lavoro di comunità svolto.

Riportiamo di seguito alcune esperienze significative che meglio rappresentano il lavoro fatto.

GRUPPI CON LA CITTADINANZA

Durante il mese di dicembre 2019 è stato organizzato un gruppo informativo, con alcune mamme che frequentano lo Spazio Socialità. L'innovazione di questo intervento è stata raccogliere la domanda delle mamme di poter incontrare le Assistenti Sociali del Territorio per capire il funzionamento dei Servizi, le modalità e i criteri di accesso. Tale richiesta è stata colta in una logica di *follow up* e valorizzazione di risorse e bisogni della comunità.

Lo Spazio Socialità è un gruppo del territorio frequentato da donne straniere di prevalenza egiziana e bengalese. Per cultura e composizione dei nuclei familiari, queste donne hanno portato agli operatori, nel corso del tempo, il timore, legato al pregiudizio, nei confronti dell'Assistente Sociale, stigmatizzata come la figura deputata all'allontanamento dei figli.

Partendo dall'assunto che la richiesta provenisse da una mancata conoscenza dei Servizi e della figura dell'Assistente Sociale, si è valutato più opportuno focalizzarsi sul funzionamento del Servizio Sociale Professionale Territoriale, piuttosto che sulle cause dell'allontanamento dei minori.

L'evento ha raccolto circa una decina di mamme ed è stato realizzato in collaborazione con un partner della rete che si occupa di mediazione culturale, che ha provveduto alla traduzione del materiale informativo e ha garantito la mediazione culturale durante l'incontro.

Il percorso è stato strutturato in quattro momenti.

1. Accoglienza: Si è data rilevanza alle tradizioni culturali dei componenti, prevedendo un primo momento di convivialità e offrendo prodotti tipici della loro etnia.
2. Conoscenza: per facilitare la comprensione linguistica e l'espressione personale, è stata utilizzata la tecnica delle immagini, dalle quali i partecipanti al gruppo (compresi i facilitatori) hanno preso spunto per la loro presentazione.
3. Parte informativa: esposizione, da parte delle Assistenti Sociali, del percorso di accoglienza, orientamento, accompagnamento delle persone/famiglie che si rivolgono al Servizio Sociale Professionale Territoriale.
4. Spazio di confronto: si è dato maggiore spazio a questo momento, rispetto al precedente, per lasciare libera espressione ai dubbi e alle domande delle mamme presenti.

Proprio in questo contesto è stato rilevato e affrontato il tema dell'idealizzazione della figura dell'Assistente Sociale, vissuta come operatore che possa risolvere problematiche tra le più varie, anche non attinenti al suo ruolo e alle sue funzioni.

Inoltre, è riemerso, da parte delle mamme,

il timore dell'allontanamento dei minori. La tematica è stata raccolta e approfondita, al fine di abbattere uno dei pregiudizi più frequenti rispetto alla professione.

ESEMPIO DI COLLABORAZIONE SSPT E RETE QUBÌ: LO SGUARDO DI UNA COLLEGA ASSISTENTE SOCIALE

Di seguito il racconto riportato da una collega del SSPT.

«Visita domiciliare: è in questa occasione che ho conosciuto un adolescente, "uomo di casa" che vive solo con sua madre.
La storia è molto simile, purtroppo, a tante che incrociamo quotidianamente: sa di privazioni, difficoltà relazionali, solitudine, gestione della rabbia.
Entro nella sua cameretta e mi mostra un computer completamente costruito e assemblato da lui. Ci capisco poco di queste cose, lo ammetto, ma anche un cieco si sarebbe accorto che li c'era, anzi c'è, del vero talento!
Provo a capirci di più e con una pazienza che solo un appassionato ha, il piccolo uomo mi svela un mondo sconosciuto e mi racconta di un'idea che ha in mente per un progetto scolastico. Ma manca del materiale e in tempi così difficili, quando non si riesce neanche ad arrivare a fine mese, non si possono certo spendere soldi per queste cose.
Ed è così che ho pensato di attingere al fondo di comunità QuBì, confrontandomi con l'AS di Comunità del mio Municipio.
Ricordo benissimo quando guardandolo negli occhi increduli, gli ho detto che avrei chiesto un contributo per sostenerlo in questo progetto, grazie a un fondo *ad hoc* pensato proprio per i ragazzi!
Il giovane è stato più veloce di un lampo e nel giro di pochi giorni mi ha allegato un preventivo per il materiale a lui necessario, frutto di una ricerca su internet filtrata da "maggiore convenienza", ma garantendo ovviamente la "qualità" del prodotto!
Con altrettanta velocità mi ha presentato tutti i giustificativi degli acquisti.
Un mese dopo, eccolo che mi scrive ancora, ringraziandomi per quanto fatto, per averlo aiutato, perché il suo progetto era andato benissimo e perché a scuola aveva ricevuto complimenti in grande stile!
Ovviamente ho condiviso appieno la sua gioia e quella di sua madre, che ha visto sostenere così semplicemente un progetto di suo figlio... quello che per motivi economici lei non avrebbe potuto affrontare.
Da lì è iniziato con una marcia in più, diversa, il nostro percorso insieme e tutto ciò ha fatto bene al piccolo uomo, ormai maggiorenne, e anche a me.»

Gruppo di lavoro QuBì
Aida Angelucci, Lisa Bagnoli, Rossella Fiorentino, Silvia Iurlo, Silvia Margutti, Franca Primavera, Stella Rizzello, Rosalba Scarciglia *(Assistenti sociali)*
Fabio Andreoni *(Referente Progetto)*
Daniela Attardo *(P.O. Responsabile Progetto)*

Foto: Carmelo Farini (RiScatti onlus)

Bibliografia

Allegri Elena, Il Servizio Sociale di comunità, Carocci, Roma 2018

Buda Chiara, Il Servizio Sociale di comunità in Italia, Erickson, Trento, 2018

Legge Quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali, www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm

Legge Regionale 3/2008 Governo della rete degli interventi e dei Servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario, http://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002008031200003

Nuovo Codice Deontologico Assistenti Sociali, www.cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf

Piano di Sviluppo del Welfare 2018-2020 Comune di Milano, www.comune.milano.it/documents/20126/163479633/Piano+di+zona+2018-2020.pdf/5ef843d1-29f6-8b19-7b8a-53bd1886123b?t=1606128804624

Programma QuBì https://www.fondazionecariplo.it/static/upload/al-/al-bando-le-poverta--qubi-.pdf

Ranci Costanzo, "L'emergere della vulnerabilità sociale nella società dell'incertezza", *Italianieuropei*, 4/2008, www.italianieuropei.it/it/la-rivista/archivio-della-rivista/item/1093-l-emergere-della-vulnerabilit%C3%A0-sociale-nella-societ%C3%A0-dell-incertezza.html

Sen Amartya Kumar, Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia, Mondadori, Milano, 2001

LIBRI

Giuseppe Belleri
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA
Un'occasione per il rilancio della medicina territoriale
Il mio libro, 2021

Il libro offre una panoramica sulle opportunità di cambiamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per il rilancio della medicina del territorio, a partire dall'analisi della situazione attuale e dei suoi possibili sviluppi. La misura 6 del PNRR è volta al rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale con interventi per favorire lo sviluppo delle reti di prossimità e della telemedicina, degli ospedali e delle case della comunità dell'assistenza primaria. Dopo anni di politiche che hanno privilegiato le cure ospedaliere il PNRR promette di invertire tale tendenza a livello regionale a seguito delle carenze emerse con la pandemia da Covid-19, specie nel contesto lombardo, sia per la gestione emergenziale sia per la presa in carico della cronicità e fragilità.

Disponibile su https://www.ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/596541/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/

Serena Carraro
Brunella Ieva
Claudia Meroni
Marco Muzzi

I GRUPPI DI CAMMINO E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

La sfida digitale al tempo del Covid-19

La pandemia di COVID-19 ha colpito duramente la collettività, costringendo ciascuno a ridefinire la normalità e richiedendo un complesso lavoro di adattamento. Il presente contributo racconta come gli operatori del *setting* Comunità della UOC Promozione della Salute,[1] dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) Milano Città Metropolitana, hanno riadattato la loro modalità di comunicazione con le comunità locali, in particolare con i Gruppi di Cammino (GdC), per mantenere vive ed efficaci le relazioni già esistenti con il territorio.

La Legge Regionale 23/2015 affida alle ATS specifiche funzioni nell'area della promozione della salute e della prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, orientando all'*empowerment* delle comunità e promuovendo la creazione di alleanze, *partnership*, azioni di Promozione della Salute. Gli interventi vengono implementati nei seguenti *setting*: luoghi di lavoro, scuola, comunità locali, ambienti sanitari e sociosanitari.

COMUNITÀ LOCALI E GRUPPI DI CAMMINO

La comunità è il luogo privilegiato di promozione della salute, a partire dalla costruzione di forti sinergie con le figure chiave del territorio. Solo attraverso l'attivazione della comunità è possibile avviare processi di benessere e di *empowerment* della collettività stessa, orientandosi insieme al superamento delle diseguaglianze, stimolando il protagonismo e la responsabilità di ogni singolo soggetto.

Uno dei progetti sostenuti da ATS, capace di favorire uno stile di vita dinamico, di incidere positivamente sul benessere psico-fisico e relazionale delle persone e di prevenire le malattie croniche non trasmissibili, è il Gruppo di Cammino. Si tratta di un'attività organizzata nella quale un gruppo di persone si ritrova almeno due volte alla settimana in un luogo e ad orari definiti, per camminare insieme, lungo un percorso urbano o extra-urbano sotto la guida di un conduttore interno al gruppo, chiamato *Walking Leader*. Quest'ultimo viene appositamente formato dagli operatori della UOC Promozione Salute sui temi dei corretti stili di vita, sulla prevenzione dei fattori di rischio comportamentali e su aspetti tecnici e fasi della camminata (*stretching*, andatura, defaticamento).

I GdC sono riconosciuti in letteratura come un'azione basata su evidenze d'efficacia e orientata all'equità in una logica di contrasto alle diseguaglianze di salute (AA. VV., 2018). Infatti, hanno la caratteristica di essere accessibili a tutti e di poter raggiungere i *target* più vulnerabili e a rischio, poiché non richiedono costi o strumentazioni particolari. I GdC hanno inoltre il valore aggiunto di favorire una partecipazione viva e la costruzione di relazioni interne al gruppo, che aiutano il mantenimento dello stesso nel tempo, contribuendo alla sostenibilità dell'azione, oltre ad impattare positivamente su diverse variabili bio-psico-sociali individuali e collettive (GAPA, 2011).

I GdC nascono alla fine del 2009, sulla base di programmi più generali di promozione dei corretti stili di vita, di prevenzione degli incidenti domestici degli anziani e dalla sperimentazione dell'attivazione di comunità. La prima stesura del progetto sperimentale, nel comune di San Vittore Olona (Milano), fa riferimento ai documenti programmatici OMS di "Salute 2020", all'"Agenda UN 2030 per lo Sviluppo Sostenibile" e al programma nazionale "Guadagnare salute: rendere facili scelte salutari" (DPCM maggio 2007). A marzo 2010 ha preso avvio il primo Gruppo di Cammino in collaborazione con l'Ente locale, il Centro Pensionati, la farmacia comunale, un medico di medicina generale, una fisioterapista volontaria e gli operatori di ATS.

Nel corso del tempo è risultata sempre più evidente la rilevanza di questo programma per sensibilizzare la comunità sull'importanza del movimento, avvicinare larghe fasce di persone, sia parzialmente attive che inattive, alla pratica motoria anche in presenza di patologie e favorire la socializzazione e l'*empowerment* individuale e di comunità. Il ritmo del camminare, che non è mai troppo accelerato per lasciare spazio al dialogo, favorisce l'osservazione dei luoghi, la conoscenza del territorio e il rapporto con le persone. Consente di allacciare relazioni amichevoli, costruire rapporti di prossimità e incentivare il protagonismo sul territorio.

Al momento attuale i Comuni con almeno un GdC sono 93, raggiungendo un totale di 169 GdC e coinvolgendo 7601 camminatori *over*-45 in tutto il territorio di ATS, di cui 5915 *over*-65 (Report dati Survey Regionale Stili di Vita, 2020). L'obiettivo che ATS si prefigge è da un lato quello di mantenere questi numeri in costante crescita, dall'altro quello di rendere il programma sempre più sostenibile nel tempo e più capace di raggiungere anche i soggetti più vulnerabili e difficili da coinvolgere. Tra gli indicatori che vengono monitorati in modo sistematico vi sono: l'incremento del numero assoluto dei gruppi attivi e la

copertura territoriale, la copertura della popolazione *target* appropriata e il grado di autonomia raggiunto per valutarne la sostenibilità.

Oltre a configurarsi come un progetto esteso a tutto il territorio di ATS, i GdC rappresentano anche uno "strumento" fondamentale all'interno di altre sperimentazioni e interventi trasversali alle diverse fasce d'età e dedicati alla promozione del movimento in ottica più generale. Un esempio in questo senso è la sperimentazione locale "Gorla in movimento", che si propone di utilizzare la promozione dell'attività fisica nella popolazione di uno specifico quartiere di Milano. Le finalità sono di prevenire la cronicità anche nei soggetti sopra i 45 anni e di attivare la cittadinanza in una logica di sviluppo di comunità.

La sperimentazione è promossa da ATS Milano, ASST Pini-CTO, UISP, Unione Italiana Sport Per tutti, Municipio 2 di Milano e istituto IED, con un approccio intersettoriale che coinvolge sistema sociosanitario, sociale e profit. Questa rete è poi ampliata ad associazioni, medici di medicina generale, scuole, terzo settore e volontariato quali risorse territoriali. All'interno di un articolato sistema d'offerta i GdC divengono uno strumento strategico e mirato su un *target* specifico e possono fare da collante anche in termini di comunicazione e diffusione di iniziative.

I GdC, pur essendo aperti a tutta la popolazione, sono in prevalenza costituiti da persone sopra i 65 anni di età, che si trovano spesso in una fase di cambiamento che coincide con la fine dell'attività lavorativa, può portare ad un impoverimento delle relazioni e ad una modifica della routine quotidiana. Risulta pertanto essenziale promuovere occasioni di socialità, per creare e mantenere legami all'interno del territorio.

LA RIMODULAZIONE DEI PROGETTI DURANTE L'EMERGENZA COVID-19

L'emergenza da COVID-19 ha investito improvvisamente tutti gli ambiti d'intervento e di cura, causando la sospensione delle attività, sia motorie che di socialità sul territorio.

Ciò ha richiesto, dopo un iniziale momento di impasse, una riflessione volta a rimodulare i progetti di promozione della salute esistenti, al fine di trovare modalità e strategie nuove che permettessero da un lato di non tralasciare le azioni di promozione della salute a causa del prevalere dell'emergenza sanitaria, dall'altro di fare tesoro di reti e competenze per metterle al servizio della gestione della situazione pandemica.

In tal senso risulta evidente che i GdC non potessero essere realizzati nella loro forma classica durante le fasi di *lockdown*. Nel periodo di ripartenza e convivenza con il virus, inoltre, è stato imprescindibile mettere al primo posto la tutela della sicurezza e accogliere le preoccupazioni delle persone. Ripensare e adattare i GdC è diventato necessario per non perdere le solide e preziose reti costruite con i Walking Leader, le associazioni del territorio, gli enti Locali ed i partecipanti, sostenendoli ed accompagnandoli in una situazione nuova e delicata per tutti. Un discorso analogo è valso per i progetti già menzionati a cui i gruppi di cammino sono collegati, la cui struttura è stata stravolta dall'emergenza, e per i quali è stato necessario pensare a modalità alternative di coinvolgimento della popolazione. Per mantenere i contatti con i Walking Leader e con la collettività, gli operatori del *setting* Comunità della UOC Promozione della Salute hanno approntato strategie comunicative diverse rispetto a quelle abituali, anche mediante l'uso di mezzi tecnologici a cui i partecipanti dei GdC non erano soliti fare ricorso.

L'IMPORTANZA DEL SENIOR INFLUENCER

L'obiettivo iniziale è stato quello di veicolare, attraverso delle email ai Walking Leader, una corretta e ufficiale informazione, utile a contrastare la diffusione del virus, ampliandosi poi alla promozione del benessere psico-fisico-sociale.

Al tempo stesso ci si è occupati di tenere attiva la figura dei Walking Leader, rinforzando il loro ruolo di moltiplicatori di salute. Sono state valorizzate queste figure chiave, che da anni si contraddistinguono per consapevolezza e responsabilità civica e il cui ruolo strategico di attivatori e connettori andava tutelato e preservato. L'intento di raggiungere un grande numero di persone è stato ottenuto, quindi, con un meccanismo a "cascata": i Walking Leader si sono fatti portatori dei messaggi con la comunità di camminatori.

Durante il periodo del *lockdown* il loro ruolo si è modificato, diventando degli *stay at home leader* ("stiamo a casa leader"), cioè attivatori del gruppo di pari, moltiplicatori di messaggi e di informazioni corrette di salute "da remoto", dei *senior influencer.*

Il gruppo di lavoro ha incoraggiato e favorito questo cambiamento di ruolo, seguendo l'indicazione dell'OMS di individuare durante la pandemia delle persone che potessero influenzare positivamente la collettività e amplificare i messaggi che riducono lo stigma (WHO, 2020).

LA DIGITALIZZAZIONE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

La sospensione delle attività sia motorie che di socialità offerte ai GdC ha reso ancor più evidente la necessità di rafforzare la digitalizzazione di questo *target* per mantenere i contatti attraverso gli strumenti tecnologici. Le competenze digitali sono state individuate dal Parlamento e dal Consiglio europeo come una delle otto competenze chiave per l'apprendimento permanente, finalizzate all'acquisizione di conoscenze che permangono nel tempo e necessarie a ogni cittadino per riuscire a inserirsi all'interno dell'ambito sociale e lavorativo. L'utilizzo delle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione (*Information and Communication Technologies*, ICT) da parte degli individui e delle famiglie rappresenta uno dei traguardi fondamentali delle politiche d'inclusione sociale e culturale dell'Unione europea.

In Italia permane un forte divario digitale da ricondurre soprattutto a fattori generazionali, culturali e di grado di scolarizzazione. Le famiglie composte da soli anziani sono le meno con-

IL SETTING COMUNITÀ

ATS implementa progetti all'interno delle comunità locali, essendo luoghi privilegiati di promozione della salute, a partire dalla costruzione di forti sinergie tra il sistema sanitario e gli altri *stakeholder* chiave e istituzionali (Sistema regionale, Enti locali, Imprese, Associazioni, Enti non profit, Università, Parti sociali, Fondazioni, ecc.). Solo attraverso l'attivazione di comunità è possibile avviare processi di benessere e di *empowerment* della collettività stessa. Orientandoci insieme al superamento delle diseguaglianze, stimolando il protagonismo e la responsabilità di ogni singolo soggetto, è possibile promuovere la cultura di un corretto stile di vita attivo, prevenire le malattie croniche e sostenere i fattori di salute psicosociali individuali e collettivi.

Note

1 Il gruppo di lavoro del setting comunità della UOC Promozione della Salute, Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, dell'Agenzia di Tutela della Salute Milano Città Metropolitana, che è parte attiva di questo progetto: Maria Pullano, Cristina Morelli, Laura Galessi, Carmen Spataro, Roberto Boni, Brunella Ieva, Gloria Di Pasquale, Marco Muzzi, Serena Carraro, Federica Vairelli, Francesca Viganò, Giuseppina Capitanio, Lucia Luperto. Per contatti: promozionesalute@ats-milano.it

nesse, sebbene negli ultimi dieci anni l'utilizzo della Rete abbia cominciato a essere significativo anche tra i 65–74enni, tra i quali la percentuale raggiunge il 41,9% (ISTAT, 2019).

Unica eccezione, che emerge dall'analisi congiunta per generazione e titolo di studio, sono i laureati della generazione del *baby boom* (ovvero le persone che nel 2019 avevano tra i 54 e i 73 anni) che si attestano ai livelli di utilizzo dei giovani di 25-34 anni (ISTAT, 2019).

Alla luce di questi dati, risulta dunque fondamentale promuovere competenze digitali e fornire strumenti che possano supportare la padronanza attiva delle potenzialità della rete, per evitare l'esclusione e diminuire le diseguaglianze che l'emergenza pandemica ha evidenziato, soprattutto per le persone *over*-65.

Il fatto che l'alfabetizzazione digitale sia diventata una necessità essenziale per veicolare i messaggi di salute e permettere a tutti di avere accesso a informazioni e servizi, è una nuova consapevolezza fondamentale per chi si occupa di promozione della salute. Appare infatti chiaro come, nel contesto attuale, sia cruciale fare propri anche temi tradizionalmente non ritenuti appannaggio della prevenzione e della promozione della salute, adottando una visione sempre più trasversale.

UN NUOVO RUOLO PER GLI OPERATORI

I Walking Leader e i GdC non sono gli unici ad aver dovuto modificare il loro ruolo e il loro modo di stare assieme, anche gli operatori hanno adattato le loro modalità di lavoro alla nuova situazione iniziando a incontrarsi su piattaforma digitale. Questo ha permesso di "contaminare" positivamente ogni area territoriale con le esperienze di tutti, aumentando l'incisività del lavoro rivolto alle comunità locali. L'equipe multidisciplinare, condividendo le proprie competenze, ha progettato e creato attività efficaci da diversi punti di vista (medico, educativo, psicologico, sociale, ecc.).

L'essere pronti al cambiamento, in situazioni di emergenza, risulta la prima cosa necessaria secondo l'approccio salutogenico, per mantenere costante una visione di salute vista come risorsa individuale e come bene collettivo, da tutelare e promuovere sul territorio. Per gli operatori è stato quindi necessario mettere in discussione, rivedere e sospendere molte delle mansioni abituali. Nel contempo si è trattato di una fase generativa durante la quale si sono costruite nuove strategie, basate su nuove priorità, necessità ed esigenze che gli effetti della pandemia facevano emergere.

LE NUOVE MODALITÀ: STIMOLI, CONTENUTI E STRUMENTI

I camminatori, come tutta la cittadinanza, hanno dovuto adattarsi all'emergenza, imparando a dare importanza alla condivisione a distanza e mantenendo la vicinanza sociale. Questo processo non è stato di immediata fruizione pertanto, a partire dalle loro esigenze, sono state individuate le modalità più efficaci per comunicare, quali ad esempio email e messaggi WhatsApp, e sono stati realizzati alcuni *tutorial* per fornire istruzioni su come utilizzarli.

Per coltivare la relazione con continuità è stato scelto di inviare dei contributi con cadenza settimanale, nella forma di newsletter. I contenuti dei primi documenti hanno avuto origine dalle linee guida internazionali, nazionali e regionali proposte in tema di prevenzione e contenimento del COVID-19. Da una logica di emergenza e urgenza, si è creato un processo quotidiano in cui si è avvertita la necessità di occuparsi di tutti gli aspetti della salute compresa la promozione del benessere psicologico e fisico, seguendo il sistema a doppio binario raccomandato dall'OMS (EU-WHO, 2020).

L'ordine cronologico degli argomenti trattati settimanalmente ha seguito l'evoluzione della situazione emergenziale, per stare al passo con gli eventi che nel periodo pandemico mutavano con estrema rapidità.

Sono stati forniti stimoli concreti che esprimessero l'importanza di reagire in modo propositivo e proattivo alle restrizioni imposte dalle misure preventive, dando indicazioni in merito ai sani stili di vita ma anche al benessere psicologico. Rispetto all'importanza del movimento e alla necessità di mantenersi in forma anche restando a casa, sono stati suggeriti dei percorsi di allenamento motorio *ad hoc* per il *target*, grazie anche al contributo di altri enti ed associazioni sportive che hanno messo a disposizione materiali specifici.

A partire dal riconoscimento delle reazioni emotive che ciascuno sperimentava a fronte dell'isolamento sociale, quali la solitudine, l'irritabilità, l'ansia, i pensieri intrusivi e la depressione, sono state date delle indicazioni per ridurre i livelli di stress e promuovere il benessere men-

Bibliografia

AA. VV., *Contrastare diseguaglianze e promuovere equità nei programmi di prevenzione: strumenti, pratiche e alleanze dell'esperienza lombarda*, Progetto CCM "Equity Audit nei piani regionali di prevenzione in Italia", Guerini e Associati, Milano, 2018

Agenzia di Tutela della Salute della Città Metropolitana di Milano, *Piano Integrato Locale di Promozione della Salute 2020,* Milano, 2020

Bellio G., Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo*, Franco Angeli, Milano, 2014

Conferenza internazionale sulla promozione della salute, *La Carta di Ottawa per la Promozione della Salute*, 1986

DORS Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, *Marketing sociale e promozione della salute*, 2015

Global Advocacy for Physical Activity (GAPA), The Advocacy Council of the International Society for Physical Activity and Health (ISPAH), (2011), *NCD Prevention: Investments that Work for Physical Activity*, 2011

ISTAT, Fondazione Ugo Bordoni, *Internet@Italia 2018. Domanda e offerta di servizi online e scenari di digitalizzazione,* 2018

ISTAT, *Cittadini e ICT (Information and Communication Technologies)*, 2019

Lucchini A. (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico*, Franco Angeli, Milano, 2016

OMS Ufficio Regionale per l'Europa, *Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases*, 2020

OMS Ufficio Regionale per l'Europa, P*hysical activity strategy for the WHO European Region*, 2016

OMS, G*lobal action plan on physical activity 2018-2030. More active people for a healthier world*, 2018

OMS, *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986

Regione Lombardia, *Piano Regionale di Prevenzione 2014–2018*, 2014

Santinello M., Vieno A., *Metodi di intervento in psicologia di comunità,* Il Mulino, Bologna, 2013

tale e la resilienza. È sorta, quindi, l'opportunità di proporre degli stimoli che potessero far riflettere su di sé, sulle proprie abitudini e sul fare cose divertenti. La creatività e l'entusiasmo con cui i Walking Leader e i loro camminatori hanno risposto, hanno dato conferma dell'importanza non solo di proseguire nell'invio di documenti su temi d'interesse, ma anche di invitarli a fornire *feedback* al gruppo di lavoro. Sono stati così prodotti documenti relativi alla cucina e ai più svariati hobby, dal giardinaggio alle diverse attività creative e del tempo libero (acquerelli, cucito, origami, restauro, lettura), ponendo particolare accento sul riconoscimento delle emozioni positive connesse. La *call to action* è stata colta dai Gruppi di Cammino che hanno inviato foto, video e scritti in risposta alle attivazioni proposte; anche in questo caso i Walking Leader hanno avuto il ruolo di "connettori" per far arrivare ad ATS il materiale raccolto, dimostrando grande entusiasmo. Dati i numerosi contributi prodotti dai diversi Gruppi di Cammino, è stato importante trovare il modo di valorizzarli e dare loro visibilità; questo è stato possibile utilizzando i *social media* (pagina di ATS "Camminare Insieme" su Facebook, WhatsApp).

IL FOCUS SUL TEMA DEL GIOCO

Tra i diversi temi affrontati, si è voluto approfondire in modo particolare quello del gioco, sottolineando l'importanza che riveste a tutte le età e suggerendo di riconoscere gli hobby come i giochi dell'età adulta. Uno degli ingredienti della longevità è proprio il non smettere di appassionarsi a queste attività piacevoli, che stimolano la curiosità e aumentano il senso di autoefficacia. Questo passaggio è stato funzionale ad introdurre un successivo documento di sensibilizzazione, in linea con le indicazioni per il contrasto e la prevenzione nazionali e regionali, sul gioco d'azzardo patologico (GAP). Gli *over*-sessantacinque, infatti, risultano essere un *target* sensibile e vulnerabile rispetto a questa problematica. Il gruppo di lavoro ha creato, così, dei documenti informativi per sensibilizzare sul tema GAP e promuovere la cultura di un gioco "sano". Sono state messe a confronto le caratteristiche dell'uno e dell'altro, evidenziando le notevoli e pericolose contraddizioni tra gioco ricreativo e socializzante e azzardo. Sono stati, inoltre, proposti ulteriori approfondimenti scientifici sul tema GAP, sottolineando l'importanza di conoscere azioni, motivazioni e conseguenze.

Nella fase di allentamento delle misure di *lockdown* i documenti hanno accompagnato anche la ripresa della vita quotidiana e stanno continuando ad accompagnare la comunità locale a convivere con il virus.

UNO SGUARDO AL FUTURO

La modalità comunicativa descritta si è delineata come uno strumento di rinforzo alla relazione, permettendo di mantenere un legame e di fornire informazioni, massimizzando l'efficacia del lavoro di promozione della salute.

I risultati fino ad ora ottenuti hanno aperto la strada a nuove idee di marketing sociale da implementare nei mesi a venire. L'approfondimento del tema del gioco ha dato origine alla campagna "Giochiamo Insieme Challenge", in cui è richiesto ai camminatori di esporsi comunicando qual è per loro il significato di "gioco". L'obiettivo è di sensibilizzare la comunità sul tema di gioco d'azzardo patologico e creare una cultura del "gioco sano". Pertanto, in futuro si lavorerà nella direzione di integrare quanto più possibile il tema del gioco sano o patologico nelle attività di comunicazione e sensibilizzazione legate ai Gruppi di Cammino.

La nuova modalità di lavoro sperimentata dall'inizio dell'emergenza sanitaria ha consentito di raggiungere una maggior coesione all'interno del team e la possibilità di svolgere il lavoro da remoto si è rivelata un'opportunità preziosa. Si è concordi sul continuare la strada intrapresa anche ad emergenza finita, affiancandola alle regolari attività che potranno progressivamente riprendere con le modalità pre-COVID-19.

Infine, dal momento che le buone pratiche individuate nel corso dell'emergenza sanitaria e le nuove azioni implementate sono andate via via consolidandosi e strutturandosi in modo sempre più sistematico, si prevede un'attività di monitoraggio e valutazione di processo al fine di raccogliere i dati necessari ad analizzare i punti di forza ed eventuali criticità che permettano di affinare e rimodulare gli interventi proposti.

"La destinazione dei viaggi non è mai un luogo,
ma un nuovo modo di vedere le cose"
– Henry Miller

Serena Carraro
Educatrice professionale, consulente ATS Milano Città Metropolitana.

Brunella Ieva
Psicologa e psicoterapeuta, consulente ATS Milano Città Metropolitana.

Claudia Meroni
Psicologa, consulente ATS Milano Città Metropolitana.

Marco Muzzi
Educatore professionale, consulente ATS Milano Città Metropolitana.

Maria Teresa Maragò

MOBBING CONIUGALE E ALIENAZIONE PARENTALE
Una ricerca tra vittime e operatori

Quotidianamente i *mass media* ci raccontano storie nelle quali si consumano gravi atti di violenza fisica, che si verificano all'interno di relazioni affettive, sempre più spesso situate nei contesti familiari. Talvolta, però, sentire parlare soltanto dell'aspetto più visibile della violenza porta alla creazione di pregiudizi e stereotipi, che conducono a percezioni distorte di tale fenomeno. Molto spesso, infatti, si tende a credere che la violenza si palesi soltanto attraverso segni tangibili ed è su questi che la cronaca e l'agenda dei *mass media* si soffermano. Tuttavia, esiste una violenza che non lascia lividi sul corpo ma origina ferite profonde ed invisibili che si radicano nella comunicazione patologica, soprattutto intrafamiliare.

In questo studio si fa particolare riferimento al *mobbing* coniugale e alla cosiddetta *Parental Alienation Syndrome*,[1] entrambi caratterizzati da una comunicazione patologica. In questi casi, rispettivamente un partner o un genitore possono trasformarsi in nemici invisibili e reagire alle loro insidie sarà ancora più difficile. È doloroso prendere consapevolezza che una persona di cui ci si fida ciecamente e dalla quale ci si aspetta di ricevere soltanto amore, sostegno e protezione, possa attuare un vero e proprio processo di distruzione psicologica. L'obiettivo del manipolatore mentale è quello di tenere in trappola la propria vittima attraverso una comunicazione fuorviante e paradossale, per cui la realtà viene sistematicamente deformata e distorta. Il mobber o il genitore alienante arriva a dominare le scelte, i pensieri e i comportamenti della vittima, al fine di isolarla dalle reti familiari e amicali e renderla totalmente dipendente da lui.

In passato, tale condizione di assoluto assoggettamento avrebbe potuto configurarsi come delitto di plagio che, nel diritto penale italiano, costituiva reato, tanto da qualificarsi nei delitti contro la persona, ovvero tra i delitti della libertà individuale e, in particolare, tra i delitti contro la personalità individuale, al pari della riduzione in schiavitù, della tratta, commercio, alienazione e acquisto di schiavi.[2] Attualmente, esiste un vuoto normativo, in quanto l'articolo relativo al plagio con la sentenza 96/81 è stato dichiarato illegittimo, quindi escluso dall'ordinamento, poiché di contenuto vago e indeterminato, contrastante con il principio di tassatività.[3]

CONTESTO

Lo studio qui presentato ha coinvolto soggetti vittime di violenza e osservatori o testimoni privilegiati. La prima categoria di intervistati (soggetti vittime di violenza) comprende:

1. una vittima di *mobbing* coniugale;
2. madri e padri alienati;
3. nonni alienati;
4. figli alienati.

Per quanto riguarda, invece, gli operatori professionali coinvolti nella ricerca si tratta di diverse figure, tra cui:

1. una mediatrice familiare, professionista *super partes* specializzata nella risoluzione delle controversie tra coppie e nella riorganizzazione delle relazioni familiari in caso di separazione/divorzio, in presenza o meno di figli;
2. una psicologa-psicoterapeuta, docente di Psicologia generale e Psicologia forense della testimonianza, CTU;
3. una psicologa-psicoterapeuta, CTU;
4. una psicologa-psicoterapeuta, CTU e CTP;
5. una psicologa-psicoterapeuta, criminologa, che opera nell'ambito del trattamento e della gestione della conflittualità e delle condotte di tipo violento in ambito relazionale, prevalentemente con la finalità di prevenzione della recidiva;
6. una psicologa clinica e di comunità, specializzata in psicoterapia con approccio umanistico, che svolge la sua attività nell'ambito della prevenzione alla violenza;
7. una specialista in *counselling*;
8. una ricercatrice sociale (dottore di ricerca in Sociologia, con tesi sugli uomini responsabili di violenza domestica) specializzata in violenza di genere e violenza contro le donne;
9. la responsabile della formazione della Fondazione Roberta Lanzino, casa-rifugio per l'ospitalità notturna e diurna di donne in difficoltà, vittime di violenza sessista, con o senza minori;
10. due avvocate operanti nell'ambito del diritto di famiglia e del diritto minorile, di cui una, nello specifico, si occupa della trattazione di casi di violenza di genere (in particolare di violenza psicologica) riconducibili a disturbi psicopatologici, quali la psicopatia e il narcisismo patologico;
11. due assistenti sociali, di cui una operante presso un centro specialistico per la cura e la tutela di bambini e adolescenti in situazioni di abuso sessuale e maltrattamento.

OBIETTIVI

Lo scopo principale di tale studio è quello di far

luce sulla violenza psicologica e su come viene messa in atto la manipolazione nei confronti di un partner o di un figlio o più figli. Tale obiettivo muove dalla volontà di contribuire allo sviluppo di una comprensione profonda dell'impatto che un evento così traumatico può avere sulla vita degli individui. In tal senso, gli obiettivi specifici dello studio sono stati:

- comprendere se la comunicazione disfunzionale può essere appresa in famiglia e come essa influisce sullo sviluppo della personalità individuale;
- indagare i danni che scaturiscono da esperienze traumatiche quali il *mobbing* coniugale e l'alienazione parentale;
- nonostante dalla letteratura sia emerso che la PAS è un fenomeno che si manifesta a seguito di separazione/divorzio, si è voluto indagare se il genitore vittima di alienazione parentale sia stato anche un partner vittima di violenza durante la convivenza/matrimonio.

METODOLOGIA

La ricerca condotta in questo studio ha coinvolto un campione di ventotto soggetti, di cui quindici vittime e tredici osservatori privilegiati. Il metodo di campionamento utilizzato è quello non probabilistico. Alcune interviste, per quanto riguarda entrambe le categorie, sono avvenute attraverso un campionamento a valanga, mentre altre seguendo un campionamento a scelta ragionata. Relativamente ai criteri di inclusione, il campione doveva essere costituito da vittime che erano riuscite a elaborare quanto gli fosse accaduto, in modo da raccontare l'esperienza traumatica con maggiore lucidità, e da figure professionali che abbiano avuto o abbiano a che fare con il fenomeno della violenza (quindi non necessariamente soltanto con il *mobbing* coniugale e l'alienazione parentale). In particolare, l'intervista al mediatore familiare è stata fatta per capire quale sia il confine nelle separazioni tra il conflitto e la violenza. Per poter effettuare le interviste a madri, padri e nonni alienati, mi sono rivolta alla presidente nazionale dell'associazione FLAGE,[4] nella persona di Mariangela Campus, che mi ha fornito i loro nominativi con il rispettivo recapito telefonico.

Alcuni operatori, invece, sono stati raggiunti attraverso il web con l'utilizzo delle seguenti parole-chiave, anteponendo ad esse il nome della figura da cercare:

- violenza di genere;
- violenza domestica;
- abuso;
- *mobbing* coniugale;
- violenza psicologica;
- manipolazione;
- PAS;
- alienazione parentale/genitoriale;
- *mobbing* genitoriale.

Lo strumento utilizzato in questo studio per la raccolta dei dati è rappresentato da interviste semi-strutturate, basate su una traccia che non viene utilizzata in modo rigido e riassume le questioni chiave della ricerca, identificando gli aspetti sui quali sollecitare gli intervistati. L'approccio verso tutti gli intervistati è stato il seguente: l'invio di un messaggio dove veniva esplicitato lo scopo della ricerca e le sue finalità. Successivamente, coloro che hanno dato la loro disponibilità, sono stati ricontattati per concordare tempi e modalità dell'intervista.

La gran parte delle figure professionali contattate (sia donne che uomini) pur avendo preso visione del messaggio, non ha risposto. Soltanto un operatore, dopo aver dato la sua disponibilità, ha scelto di ritirarsi. Purtroppo, a causa della distanza geografica, soltanto 5 interviste sono state condotte in presenza, mentre le restanti 23 si sono svolte telefonicamente; laddove era possibile, per stabilire un contatto visivo diretto con l'intervistato, è stata fatta una videochiamata. Prima di iniziare con le domande, si è fatto presente ad ogni intervistato come si sarebbe svolta l'intervista ed è stata chiesta l'autorizzazione per registrare la conversazione, garantendo l'anonimato. Dunque, tutte le interviste sono state audio-registrate e integralmente trascritte.

ANALISI

Dai risultati raggiunti, si può affermare che la comunicazione patologica faccia più vittime di quanto si creda e può diventare una potente arma per distruggere, indistintamente dall'età e dal genere. La manipolazione mentale deve trovare il giusto riconoscimento e le relative tutele: da questo studio è emerso chiaramente come essa possa indurre una persona che ne è vittima a pensare, dire e fare cose che mai avrebbe creduto possibili, sia che si tratti di un minore che di un adulto. In particolare, nell'alienazione parentale un figlio può arrivare addirittura a rifiutare categoricamente un genitore e a cancellarlo dalla propria vita, sostituendolo, come è accaduto in alcuni casi, con il nuovo partner del genitore alienante. La violenza psicologica, infatti, porta subdolamente a perdere il controllo di sé stessi e a modificare le proprie credenze, i propri valori, i propri comportamenti e le proprie abitudini e le ferite che lascia sono devastanti.

Il ruolo della famiglia è centrale nella formazione di individui deviati. Infatti, coloro che hanno agito questo tipo di condotte lesive nei confronti del proprio partner o di un figlio avevano avuto un modello di riferimento familiare disfunzionale, in cui modelli di comunicazione distorta, se non paradossali vengono reiterati nel tempo, per cui le norme e le strutture di comportamento apprese erano disfunzionali a loro volta. In particolare, l'idea della donna sottomessa a un uomo proprietario, tipica della società patriarcale, risulta ben radicata in tutte

Note

1 La denominazione e definizione iniziale di PAS risale al 1985, per opera di Richard A. Gardner e, oggigiorno, tale fenomeno rimane molto dibattuto.

2 www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/202168.pdf

3 www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1981/06/10/081C0096/s1

4 Dal 2014, l'associazione FLAGE "Figli liberi dall'alienazione genitoriale" si batte affinché tale fenomeno venga riconosciuto e punito come abuso e per dare sostegno a tutti quei genitori – ma anche a nonni, zii, cugini – che si trovano a dover combattere la battaglia più dura della loro vita, ovvero vivere immotivatamente senza l'amore di un figlio o più figli (https://flagecedu.wixsite.com/website).

le relazioni che sono state indagate attraverso le interviste alle vittime di *mobbing* e/o alienazione parentale. Questo tipo di educazione interiorizzata ha permesso che alcuni partner violenti/genitori alienanti e figli alienati (divenuti genitori) riproponessero lo stesso schema distruttivo all'interno della relazione con il partner e alle nuove generazioni. I bambini, infatti, non interiorizzano il mondo delle persone per loro importanti come uno dei molti mondi possibili, bensì come l'unico mondo esistente e concepibile, il mondo *tout court*; pertanto, il mondo interiorizzato nella socializzazione primaria è più saldamente radicato nella coscienza di quanto lo siano i mondi interiorizzati nelle socializzazioni secondarie (Berger, Luckmann, 1966: 186-187).

Dalla maggior parte delle testimonianze è emerso come il genitore vittima di alienazione parentale sia stato anche vittima di violenza durante la convivenza/matrimonio (di cui i figli erano testimoni), in particolare di *mobbing* coniugale, talvolta accompagnato da violenza fisica. Dunque, è come se, a seguito della separazione, i genitori alienanti abbiano utilizzato i propri figli come armi per continuare a distruggere quel coniuge che aveva deciso di separarsi, ma anche come capri espiatori dell'odio che provavano, perché anche su di loro hanno agito sia violenza psicologica che fisica. Baker (2005), in uno studio pubblicato su una rivista specializzata, ha dimostrato come i genitori alienanti utilizzino tecniche distruttive analoghe a quelle utilizzate dai capi carismatici dei movimenti settari.

È emerso che i manipolatori sono dei maniaci del controllo e presentano diversi disturbi di personalità e dell'umore, ma sfuggono a qualsiasi cura, perché credono fortemente nella loro onnipotenza.

Chi è stato vittima di violenza da parte del coniuge e chi ha subito una troncatura del rapporto con un figlio, un genitore, un nipote, ha visto la propria vita cambiare in peggio. Infatti, i danni riportati sono stati di varia natura ed entità e per alcuni sono permanenti. Questi sono stati riscontrati non solo a livello psicofisico, ma anche a livello sociale, lavorativo e scolastico. In alcuni casi, le figure dello psicoterapeuta e dello psichiatra sono state molto importanti per l'elaborazione del trauma subito e per disvelare i paradossi su cui si fonda il doppio legame che tiene in trappola le vittime. I doppi legami, infatti, non sono semplicemente ingiunzioni contraddittorie, che offrono almeno la possibilità di compiere una scelta logica, ma veri e propri paradossi, in quanto l'ingiunzione paradossale fa fallire la scelta stessa, poiché nulla è possibile (Beavin et al., 1971: 205-206).

Sul piano emotivo sono emersi prevalentemente disturbi ansiosi e depressivi gravi e anche la salute fisica ne ha risentito, in particolare gli uomini sono andati incontro a problemi cardiaci, emersi a seguito del processo di separazione e di alienazione. Alcuni figli che hanno ricucito un rapporto con genitori/nonni alienati hanno presentato o presentano tutt'ora difficoltà di regolazione emotiva. Invece, i figli che sono rimasti succubi del genitore alienante hanno costruito con questo un legame simbiotico e dalle perizie è emerso che potranno andare incontro a problemi psicopatologici.

Gulotta (1998) ha riscontrato tra gli effetti a breve e lungo termine sui figli – tenendo sempre presente la loro età, il livello di gravità e la quantità di tempo che hanno trascorso coinvolti in tale situazione – aggressività, tendenza all'*acting-out*, egocentrismo, futuro carattere manipolatorio e/o materialistico, comportamento autodistruttivo e antisociale, disturbo ossessivo-compulsivo, dipendenze, narcisismo, falso sé, disturbi psicosomatici, alimentari, relazionali, scolastici e dell'identità sessuale, eccesso di razionalizzazione, confusione emotiva o intellettiva, bassa autostima, depressione, fobie, regressione.

Le vittime intervistate manifestano anche una totale sfiducia nel sistema di giustizia italiano, perché si sono sentite abbandonate e non adeguatamente tutelate. In particolare, l'incapacità delle istituzioni giudiziarie di fornire risposte adeguate a contrastare la violenza subita dal coniuge e l'alienazione parentale, non ha fatto che accrescere in loro un senso di delusione e impotenza. All'accrescimento della condizione vittimizzante ha contribuito anche il capovolgimento dei ruoli, perché in alcuni casi la vittima è stata anche additata come carnefice.

È all'interno di questo contesto, infatti, che sono andate ad inserirsi le false accuse di abuso, maltrattamento e *stalking* a carico di alcuni genitori alienati, al fine di allontanarli ulteriormente. Inoltre, l'azione dei giudici non è stata capace di prendere in considerazione il superiore interesse dei minori, poiché i figli sono stati lasciati affidati ai genitori alienanti (che nella maggioranza dei casi erano anche partner violenti) nonostante sia venuto fuori il condizionamento e in un caso sia stato fatto esplicito riferimento all'alienazione parentale. In questi casi, invece, sarebbe indispensabile un allontanamento dal genitore alienante, affinché i minori riescano a liberarsi della pressione manipolatoria a cui sono sottoposti e a riprendere contatto con la realtà.

Clawar e Rivlin (1991), nel loro studio condotto su 700 casi di PAS – svolto nell'arco di dodici anni – concludono che la perdita di contatto fra genitore rifiutato e bambino può prolungare l'alienazione, in quanto viene meno un concreto confronto con la realtà; infatti, più a lungo permane tale situazione, più il rapporto sarà gravemente compromesso nel tempo. Inoltre, le spese per affrontare i processi sono troppo onerose e i tempi sono troppo lunghi, così chi ha subito violenza è costretto a convivere con il dolore derivante da una reiterata comunicazione distorta e patologica ancora per molto tempo. Ancor più, un figlio vittima di alienazione (che in principio potrebbe essere salvato dall'oppressione del genitore-manipolatore) può raggiungere, e di fatto spesso ciò accade secondo la ricerca condotta, un punto di non ritorno.

Un altro limite emerso fa riferimento alla mancata formazione di determinate figure professionali che, non libere da pregiudizi, hanno sminuito la violenza o l'hanno scambiata per

conflitto. Ciò, purtroppo, rappresenta un ulteriore peso che grava sui soggetti coinvolti che, oltre al dolore, devono anche affrontare una battaglia per vedere riconosciuti i loro diritti. Dunque, le vittime, non potendo contare sullo Stato come un interlocutore affidabile, si rivolgono ad associazioni, fondazioni o centri capaci di fornire loro un adeguato sostegno psicologico e legale. Anche gli operatori intervistati hanno confermato che le tutele per le vittime sono del tutto inesistenti, soprattutto se si tratta di violenza psicologica, e la PAS rimane pur sempre un tema molto dibattuto. Infatti, ognuno di loro ha una propria esperienza e opinione in merito, che va dalla negazione di tale fenomeno, alla legittimazione ma non come sindrome, al riconoscimento in linea con quanto affermato da Gardner. Di conseguenza, anche la terminologia utilizzata per definirlo cambia. Rimane comunque del tutto fuorviante basare l'esistenza di tale fenomeno sul *nomen* o sulla relativa configurazione scientifica, perché i risultati di questa ricerca mostrano che l'alienazione parentale non può essere negata e i danni sono stati ampiamente documentati. In questi casi, sarebbe di vitale importanza lasciare da parte tutte le dispute e le controversie scientifico-giuridiche per prendere in considerazione soltanto il superiore interesse del minore, che è vittima di una violenza emozionale che lo segnerà per sempre.

CONCLUSIONI

Per prevenire la violenza in tutte le sue forme, incluse quelle legate alla manipolazione psicologica e alla comunicazione patologica, bisognerebbe puntare e agire prioritariamente sul piano della sensibilizzazione e anche degli interventi trattamentali, che porterebbero ad una riduzione del rischio di recidiva e, di conseguenza, del numero di vittimizzazioni e costi emotivi non solo della vittima, ma anche collettivi e sociali.

Secondo alcuni operatori, i giovani, che rappresentano il futuro della società, risultano essere i destinatari giusti su cui poter "lavorare" affinché comprendano appieno che la violenza non è la strada giusta da seguire; le scuole sono

Maria Teresa Maragò
Responsabile dello sportello d'ascolto dell'associazione FLAGe. Ha conseguito, nel 2020, la Laurea Magistrale in Sociologia e Ricerca Sociale presso l'Università della Calabria.

ritenute e diventate il luogo adatto per poter raggiungere quanti più giovani possibili. In definitiva, bisognerebbe favorire la costruzione di una comunità coesa da un punto di vista culturale, capace di reagire in modo articolato ad una violenza che sempre meno si rivela essere fenomeno isolato, ma assume caratteri sistemici.

Conoscere le vicende delle vittime è un'occasione molto importante per ricostruire i loro vissuti e avviare un processo di responsabilizzazione collettiva, perché non bisogna mai dimenticare che la violenza è un fenomeno che può colpire chiunque e dovunque si manifestino i sintomi di una comunicazione patologica sistematicamente distorta e manipolatoria. Sarebbe auspicabile dunque un percorso sinergico, in tutti gli ambiti, tra gli operatori coinvolti in questi fenomeni, i quali vanno a loro volta formati in modo appropriato sul fenomeno della comunicazione patologica e della manipolazione psicologica.

Sensibilizzazione dell'opinione pubblica, formazione degli operatori e interventi trattamentali risultano tutti elementi importanti affinché si possano porre le radici per una cultura di riconoscimento, difesa e prevenzione nei confronti delle vittime, cercando di limitare tutte le possibili implicazioni derivanti dalla vittimizzazione e avvalendosi di una serie di strumenti e diritti che le pongano in una posizione di primo piano.

Bibliografia

Baker A. J. L., "The Cult of Parenthood: A Qualitative Study of Parental Alienation", *Cultic Studies Review*, 1, 2005

Beavin J. H., Jackson D. D., Watzlawick P., *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Ubaldini, Roma, 1971

Berger P. L., Luckmann T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, 1974

Clawar S. S., Rivlin B. V., *Children Held Hostage: Dealing with Programmed and Brainwashed Children*, American Bar Association, Chicago, 1991

Gulotta G., "La sindrome di alienazione genitoriale: definizione e descrizione", in *Pianeta infanzia*, Istituto degli innocenti, Firenze, 1998

LIBRI

Franco Pesaresi
IL MANUALE DEI CAREGIVER FAMILIARI
Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), 2021

Il volume si occupa a tutto tondo del caregiver familiare, per offrire al lettore una specifica e completa caratterizzazione sul piano culturale, sociale, giuridico ed economico di "colui che quotidianamente si prende cura" delle persone care non autosufficienti. Questo significa farlo uscire dalle quinte e parallelamente riconoscerne il ruolo complesso e articolato, che gli autori intendono agevolare e supportare rispondendo ai suoi diversi bisogni e diritti di conoscenza, informazione e comunicazione. Nel testo vengono pertanto illustrati i benefici di legge già in atto e quelli probabili futuri (tutele previdenziali e sostegno economico). Inoltre, vengono fornite informazioni clinico-assistenziali di base mirate all'acquisizione e allo sviluppo di abilità e comportamenti specifici per la gestione dei problemi legati alla non autonomia. Da ultimo, per rispondere all'esigenza di inclusione ed empowerment, sono stati messi a disposizione i riferimenti di servizi interattivi online, dedicati al contatto, alla condivisione e all'amicizia tra coloro che stanno sperimentando la stessa sofferenza. Il messaggio finale è che senza il caregiver familiare di certo tutto sarebbe più difficile.

Barbara Friia
Francesca Di Cesare

SPAZIO NEUTRO E CONSULTAZIONE PARTECIPATA
Un incontro possibile

È POSSIBILE UN'ESTENSIONE DELLA CONSULTAZIONE PARTECIPATA ALLO SPAZIO NEUTRO?

Per cercare di rispondere a questa domanda si è formato un gruppo di lavoro composto da esperti di Consultazione partecipata (CP): Marco Macciò, filosofo e cultore della materia, Cinzia Chiappini, psicoterapeuta con incarichi di CTU, Barbara Friia, psicoterapeuta con lunga esperienza in ambito educativo e tutela minori, Francesca Di Cesare, educatrice di Spazio neutro (SN) con lunga esperienza nelle comunità educative. Questo piccolo gruppo si è incontrato diverse volte nella primavera di questo anno con il fine di mettere a punto un metodo di lavoro per gli operatori di SN, basandosi sul pensiero, teorico e pratico, di Dina Vallino. A partire dalla discussione di alcuni verbali di incontri a SN e dall'approfondimento della storia dei servizi SN, sono state affrontate diverse questioni, di volta in volta metodologiche, organizzative e teoriche.

STORIA DEL SERVIZIO SPAZIO NEUTRO

Per delineare il quadro normativo nel quale si inscrive l'operato dei servizi per il diritto di visita e di relazione, proponiamo un breve elenco delle normative più importanti relative sia al minore sia alle politiche sociali.

Richiamiamo innanzitutto la Convenzione internazionale sui Diritti del fanciullo, siglata a New York il 20 dicembre 1989, e la Convezione europea sull'esercizio dei Diritti dei fanciulli, siglata a Strasburgo il 25 gennaio 1996, entrambe ratificate poi in Italia, rispettivamente con L. 176/91 e L. 77/03. Per quanto riguarda la realtà nazionale, invece, ricordiamo: la L. 54/06 ("Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli"), con la quale si sancisce il principio della bi-genitorialità, eliminando l'idea precedente di un genitore "prevalente", secondo il quale i due genitori partecipano alla cura, all'educazione e al mantenimento dei figli, di cui sono entrambi responsabili; il D.Lgs. 154 del 2013, con il quale si arriva al concetto di "responsabilità genitoriale" come un presupposto di base indipendente dalla relazione di coppia e pertanto valevole sempre, anche nel caso di scioglimento del rapporto sentimentale oppure nel caso in cui i genitori non abbiano mai convissuto o formato un nucleo coeso; la L. 184/83, successivamente modificata dalle leggi 476/98 e 149/01, che stabilisce che il minore ha diritto a crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia e che le Istituzioni devono sostenere i nuclei familiari in difficoltà; la L. 285/97 ("Disposizioni per la promozione dei diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza") che istituisce l'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza (che coordina amministrazioni centrali, Regioni, enti locali, associazioni, ordini professionali e ONG che si occupano di infanzia e adolescenza) e la L. 328/00 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") che riforma il sistema dei Servizi sociali.

Il rinnovamento dell'apparato legislativo concernente i diritti dei minori, quindi, rispecchia ampie e importanti trasformazioni sociali e culturali – trasformazioni che riguardano anche la struttura familiare e i legami affettivi. Accanto a una modifica della concezione di "famiglia", nel segno della pluralità e dell'instabilità, si ha una modifica dello status di figlio (a cui vengono riconosciute esigenze proprie e bisogni affettivi) e dei modelli pedagogici (che in generale vanno nella direzione opposta a quella del controllo dei sentimenti e della loro espressione).

Queste trasformazioni hanno generato una profonda riflessione sull'organizzazione dei servizi alla persona. Ed è nell'ambito di questa riflessione che sono sorti, tra gli altri, i primi servizi di SN, ispirandosi all'esperienza francese. I Servizi per il diritto di visita e di relazione sono infatti nati in Francia nel 1986, mentre in Italia si sono diffusi circa un decennio dopo.

Nato a Milano nel 1993 in forma sperimentale, con l'intento di gestire gli incontri tra minori e adulti in situazioni particolarmente conflittuali, il primo servizio per il diritto di visita si è via via consolidato come servizio stabile. Il nome scelto dagli operatori per quel primo servizio è appunto "Spazio Neutro", nome ormai usato comunemente per indicare in senso ampio una tipologia di servizi. Nelle intenzioni degli operatori con il termine "spazio" si indica non solo un luogo fisico ma anche un luogo di pensiero interno con valenza intrapsichica; mentre il termine "neutro" fa riferimento alla necessità di essere terzi rispetto ai due soggetti in conflitto, di non schierarsi né con l'uno né con l'altro.

Pochi anni dopo, nel 1997, rilevata la necessità di ampliare il servizio con una sezione specializzata a garantire il diritto di visita anche in situazioni di maltrattamento, grave trascuratezza e abuso sessuale, il Comune e la Provincia di Milano danno luogo allo Spazio Protetto. La distinzione tra Spazio Neutro e Spazio Protetto

è operata formalmente nel 2001: al primo contesto attengono gli interventi per i minori che si trovano "ostaggio" di situazioni di grave conflittualità genitoriale, al secondo gli interventi per i minori che hanno vissuto condizioni di maltrattamento e violenza, cui ha fatto seguito una limitazione della responsabilità genitoriale.

Intanto, nel 1999 nascono altri servizi SN. Queste prime esperienze costituiscono il punto di partenza per una diffusione su tutto il territorio italiano. In generale, comunque, il modello italiano si presenta come piuttosto disomogeneo, anche se genericamente simile a quello francese.

I principi teorici generali su cui si fondano i servizi SN fanno riferimento all'idea del superiore interesse del minore e al concetto di "diritto di visita e di relazione", che per il figlio assume la valenza di bisogno evolutivo e per il genitore rimanda al dovere dell'esercizio della responsabilità genitoriale.

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Va chiarito che il rovescio della medaglia del diritto di visita è una certa forma di coazione. Il concetto di "diritto" richiama, infatti, due elementi: da un lato, come si è visto, il diritto di visita e di relazione del minore nei confronti dei propri genitori; dall'altro la cornice dell'intervento, che nella maggioranza dei casi è di natura coatta, cioè prende avvio da un atto di costrizione dell'Autorità Giudiziaria. Per "coazione" si intende pertanto l'obbligatorietà del rispetto delle prescrizioni dell'Autorità Giudiziaria, prescrizioni che si fondano sulla legittimità del Tribunale a interporsi nella relazione tra genitori e figli.

Il conflitto di coppia è la causa prevalente degli invii delle famiglie al servizio SN. Anche la patologia psichiatrica costituisce un motivo piuttosto diffuso. Sono in crescita il numero degli interventi attivati a seguito di allontanamento dovuti a dipendenza (da sostanze stupefacenti, da alcol o dal gioco d'azzardo) oppure a situazioni di violenza, generalmente del padre nei confronti della madre, assistita dal bambino. Ma, quale che sia il livello di ingiunzione (dalla limitazione della responsabilità genitoriale all'opportunità della ripresa di una relazione interrotta) del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, in ogni caso minore e adulti giungono allo SN perché un atto coattivo prescrive che i Servizi Sociali regolamentino gli incontri tra il genitore non convivente e il figlio.

Lo SN vuole però proporsi come la cornice di una possibilità più che di un'ingiunzione.

La finalità principale del Servizio è, infatti, rendere possibile e sostenere la relazione tra il minore e i suoi genitori a seguito di separazione conflittuale, allontanamento, affido o altre situazioni di crisi familiare. Per fare questo, lo SN deve proporsi come un campo che non appartiene a nessuno dei contendenti. Deve inoltre delimitare adeguatamente la sua area di intervento, tracciando bene i confini – spesso labili – con le aree di altri interventi attigui. Il Servizio per il diritto di visita e di relazione *non* è: mediazione familiare, psicoterapia familiare, valutazione delle competenze genitoriali, assistenza domiciliare minori, psicodiagnosi.

Il concetto di "neutralità" fa dunque riferimento all'intento di creare una sorta di terra di mezzo, uno spazio estraneo ai diverbi e alle ostilità tra gli adulti. Anche l'operatore è quindi chiamato ad avere una posizione neutrale, assumendo un ruolo imparziale. Questa imparzialità è una *conditio sine qua non* per assolvere al compito di facilitare l'incontro tra genitore e figlio, di favorire la relazione.

L'operatore – in genere un educatore professionale – favorisce, stimola e supporta la relazione genitore-figlio, definisce una progettualità pedagogica, sostiene la responsabilità di cura ed educativa del genitore. Egli ha un ruolo piuttosto complesso. Deve occuparsi degli aspetti tecnici e organizzativi, predisponendo nel modo più adeguato l'ambiente degli incontri, tenendo a mente le attività e i discorsi che il minore gradisce, nonché facendo rispettare a tutte le parti gli accordi presi. Funge sia da osservatore sia da facilitatore della relazione, ponendo sempre grande attenzione ai segnali forniti dal minore e facendo, all'occorrenza, degli interventi per alleggerire la situazione, sdrammatizzare o al contrario drammatizzare, agevolare la comunicazione e/o l'interazione. Poiché le modalità relazionali, i toni affettivi, i contenuti delle conversazioni e le motivazioni personali si modificano nel corso del tempo, il ruolo dell'operatore deve continuamente modularsi e rimodularsi in base allo sviluppo della relazione, con l'obiettivo di divenire via via sempre più discreto e meno necessario.

L'operatore, inoltre, modifica il suo approccio e la sua modalità di intervento in base al mandato che gli è stato affidato e agli obiettivi pedagogici che si intendono perseguire. In tutte le situazioni è comunque necessario che egli osservi come il genitore utilizza lo spazio e il tempo di visita e quali sono le reazioni del figlio. Le sue osservazioni non esitano mai in una semplice fotografia, quanto piuttosto in un film, ovvero costituiscono la registrazione di un processo in divenire.

Anche se durante gli incontri tra genitore e figlio egli è solo, l'operatore agisce sempre in sinergia con altri. Anzi, nei servizi per il diritto di visita e di relazione il lavoro di scambio, confronto e raccordo è un elemento essenziale della presa in carico. Oltre alle riunioni dell'équipe interna, che costituiscono il primo contesto di riflessione rispetto all'organizzazione degli interventi e alla verifica del progetto, periodicamente si svolgono anche le cosiddette "reti" ovvero riunioni tra tutti gli operatori, appartenenti ai vari servizi, che si occupano di uno stesso nucleo familiare. Il lavoro di rete permette una migliore conoscenza della storia familiare globale, una più ampia visione delle problematicità e una maggiore comprensione dei bisogni, offrendo così la possibilità di co-costruire interventi più efficaci nonché di scongiurare il rischio di letture parziali della situazione.

La realizzazione dell'intervento di SN si articola e sviluppa in diverse fasi, ognuna delle quali ha un suo preciso senso.

1. Presa in carico. Il Servizio Sociale territoriale riceve mandato dall'Autorità Giudiziaria e a quel punto provvede all'invio della scheda di segnalazione al servizio SN per richiedere l'attivazione dell'intervento specifico. Ricevuta la richiesta del SS, gli operatori del servizio per il diritto di visita si adoperano per raccogliere tutte le informazioni utili e individuano al suo interno l'educatore che si occuperà dell'intervento.
2. Colloqui preliminari e ambientamento. In questa fase propedeutica, molto delicata, gli operatori incontrano entrambi i genitori al fine di avviare una reciproca conoscenza e costruire un primo livello di collaborazione. Si svolgono inoltre degli incontri conoscitivi tra l'educatore incaricato e il minore, volti a spiegare il progetto di riavvicinamento al genitore non convivente, raccogliere informazioni utili a organizzare il luogo dell'incontro, favorire l'ambientamento sia relazionale (con l'operatore) sia fisico (con la stanza), accogliere pensieri ed eventuali domande.
3. Avvio degli incontri. Nel momento in cui sia confermata l'adesione delle parti al progetto e si ravvisi la possibilità di un riavvicinamento del minore al genitore non convivente, viene redatta una regolamentazione, in base alla situazione specifica e alle eventuali indicazioni del Tribunale, poi inviata al Servizio Sociale territoriale. Prendono così avvio gli incontri.
4. Colloqui e verifiche. Per tutta la durata del trattamento si svolgono periodicamente colloqui con entrambe le parti e con il minore, nonché verifiche del progetto tramite riunioni interne e reti.
5. Esito dell'intervento. L'ultima fase può essere o una conclusione o un'interruzione. I fattori che possono determinare la chiusura dell'intervento, nelle varie forme, sono: l'andamento positivo delle visite, che permette il passaggio (comunque graduale) dallo SN all'autonomia; un cambio di residenza; il ritiro spontaneo di un genitore o del figlio; l'espressione di malessere o sofferenza da parte del minore; una situazione di grave disagio del genitore incontrante; una carcerazione o una ospedalizzazione; il mancato rispetto delle regole del contratto da parte dei genitori; i tempi predefiniti dal mandato dell'Autorità Giudiziaria.

Un ultimo punto, riguardante trasversalmente l'intero intervento nelle sue varie fasi, è la scrittura di relazioni all'Autorità Giudiziaria.

BREVE DESCRIZIONE DEL METODO DELLA CONSULTAZIONE PARTECIPATA

Il metodo che ci interessa è la estensione di un metodo di consultazione psicoanalitica infantile chiamato Consultazione Partecipata in quanto prevede la partecipazione dei genitori.

Questo metodo è stato creato da una psicoanalista milanese, Dina Vallino, a metà degli anni Ottanta e poi via via sviluppato e rivisto fino ad anni più recenti. Vallino propone una modifica al *setting* tradizionale della consultazione psicoanalitica infantile, presentando un modello di intervento che prevede sedute in cui sono presenti anche i genitori, che vengono coinvolti in attività di gioco.

La progettazione della CP si basa su un nuovo tipo di psicoanalisi infantile sviluppato da Vallino tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta.

Dopo la seconda guerra mondiale, si diffondeva in psicoanalisi il paradigma relazionale, secondo il quale l'analista non deve porsi in una relazione distaccata nei confronti del paziente, ma invece promuovere una relazione empatica. Negli anni Settanta la preferenza per l'adozione di questo paradigma cominciava a diffondersi in modo consistente tra gli psicoanalisti e anche in psicoanalisi infantile. Nonostante questa preoccupazione di stabilire una relazione empatica con il paziente, però, l'analisi continuava a essere condotta secondo la tradizione della interpretazione dell'inconscio del paziente – cioè dei sogni e delle libere associazioni con gli adulti e del gioco con i bambini. Vallino si trova, a un certo punto, all'interno di una contraddizione: gioca con il bambino e ha una disposizione empatica verso di lui, ma gli dà interpretazioni che lo lasciano indifferente oppure lo fanno arrabbiare, impedendo così che si sviluppi la fiducia. Per uscire da questa contraddizione, Vallino sperimenta e sperimenta, procedendo per tentativi ed errori, finché arriva a costruire un nuovo tipo di cura. In particolare, Vallino ha modo di notare come quando l'empatia verso il bambino si spinge fino

Bibliografia

AAVV, *Gioco Giocare. Il gioco e il giocare come strumento di relazione nei Servizi per il diritto di visita e di relazione del Coordinamento della Provincia di Milano*, Provincia di Milano, Comune di Milano, 2007

AAVV, *Il Servizio Spazio Neutro del Comune di Milano. Ventidue anni di interventi, sperimentazioni, evoluzioni teoriche e metodologie*, Comune di Milano, 2015

AAVV, *Linee Guida – I servizi per il diritto di visita e di relazione*, Provincia di Milano, 2007

AAVV, *Linee Guida – I servizi per il diritto di visita e di relazione*, Città Metropolitana di Milano, Comune di Milano, 2015

Bertotti T., Covini P., *Spazio neutro o spazio protetto? Riflessioni attorno al diritto di visita per i bambini maltrattati*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", vol. 3, n. 1, aprile 2001

Borgogno F., Maggioni G. (a cura di), *Una mente a più voci*, Mimesis Edizioni, Milano, 2017

Caruso I., Mantegna M. C., *Lo spazio dei legami. Curare le relazioni familiari nei servizi: un modello di ricerca-intervento*, Franco Angeli, Milano, 2009

Dallanegra P., Marranca R., *Mio figlio come un'arma*, in "Maltrattamento e abuso all'infanzia", vol. 3, n. 1, aprile 2001

Marzotto C., Dallanegra P. (a cura di), *Continuità genitoriale e servizi per il diritto di visita*, Vita e pensiero, Milano, 1998

Manfrini A., Ongari B., *Incontri tra genitori e figli in spazio neutro: il ruolo dell'educatore professionale tra limiti e opportunità*, in "Minorigiustiza", n. 4 – 2014

Prandin A., *Rianimare storie perfette: il ruolo delle domande nel colloquio a Spazio Neutro*, in Formenti L., Caruso A., Gini D. (a cura di), *Il diciottesimo cammello. Cornici sistemiche per il counseling*, Raffaello Cortina, Milano, 2008

Serbati S., Milani P., *La genitorialità vulnerabile e la recuperabilità dei genitori*, in "Minorigiustizia", n. 3 – 2012

Vallino D., *Raccontami una storia*, Edizioni Borla, Roma, 2005

Vallino D., *Fare Psicoanalisi con Genitori e Bambini*, Edizioni Borla, Roma, 201

Vallino D., *La Consultazione Partecipata: in che modo il lavoro congiunto con i genitori e i figli illumina fraintendimenti familiari e identificazioni patologiche*, Relazione nel Corso seminabile 2010/2011 "Relazioni difficili: come guardare all'intreccio emotivo tra genitori e figli nella consultazione, nella educazione e nella terapia", Centro di Consultazione per Genitori, Bambini e Adolescenti e Centro Studi Martha Harris, Venezia, ottobre 2010. Atti del convegno pp. 3-1

Vallino D., Macciò M. (a cura di), *Famiglie*, Edizioni Borla, Roma, 2011

alla comprensione del suo vissuto e del suo specifico malessere, allora egli si sente sollevato e ciò lo spinge a cercare la comunicazione con lei, pur se magari solo per un momento.

È una nuova psicoanalisi infantile perché accantona l'idea che si debba arrivare a una interpretazione, in favore della preoccupazione di stabilire un contatto emotivo con il bambino, in modo da spingerlo alla rivelazione di sé. In genere questa rivelazione consiste in espressioni tipiche del pensiero infantile, quindi metafore, pensieri illustrati attraverso un disegno, un gioco, una messa in scena, una storia. Queste metafore del bambino rendono possibile un'interpretazione, ma Vallino non fornisce l'interpretazione al bambino stesso, bensì ai suoi genitori. Infatti, avendo osservato come l'interpretazione tradizionale risultasse inefficace o addirittura disturbante, Vallino sceglie di interpretare ai genitori.

Le innovazioni, rispetto alla psicoanalisi infantile di quegli anni, sono quindi due: 1. la rinuncia all'interpretazione data al bambino, che viene sostituita da attività finalizzate a promuovere l'espressione del bambino; 2. il coinvolgimento dei genitori in seduta, in modo che anche loro possano assistere alla rivelazione di sé del bambino. Questo secondo punto costituisce un mutamento del *setting* psicoanalitico infantile, che per altro non riguarda solo la consultazione, cioè il momento iniziale, ma anche il trattamento vero e proprio, che Vallino svolge sotto forma di terapia prolungata con i genitori (Consultazione partecipata prolungata, CPP) oppure terapia individuale con la collaborazione periodica dei genitori.

CP, CPP e terapia individuale prevedono delle sedute separate con i soli genitori, durante le quali si mette a tema il comportamento del bambino ed eventualmente i comportamenti dei genitori nella relazione con lui. Questi colloqui con i genitori superano la tradizionale restituzione, in quanto Vallino riflette insieme ai genitori su ciò che è emerso nelle sedute congiunte con il bambino, stimolandoli a esprimere i loro pensieri, le loro intuizioni, i loro vissuti. In sintesi: nella CP Vallino chiede ai genitori di osservare il figlio nel suo gioco (o disegno o storia ecc) senza disturbarlo, per poterne poi parlare insieme in separata sede, nel corso dei colloqui tra soli adulti.

La CP prevede otto incontri: un primo colloquio con i genitori, una seduta con il bambino ed entrambi i genitori, una seduta con il bambino e la madre, una seduta con il bambino e il padre, un secondo colloquio con i genitori, una seduta con il bambino e la madre, una seduta con il bambino e il padre, l'ultimo colloquio con i genitori. Solamente alla fine del percorso si rifletterà su cosa fare. Si potrà approdare alla decisione di programmare una diagnosi o di iniziare un trattamento, ma comunque non è questo l'obiettivo della CP, che è tutta incentrata sul legame tra genitori e figlio. Gli incontri coi genitori insieme col figlio sono il perno del lavoro: costituiscono per il bambino l'opportunità di esprimere il suo sentire e per i genitori l'opportunità di parlare *con* il figlio e non *del* figlio.

La collaborazione tra analista e genitori deve avvenire, secondo Vallino, in una condizione mentale particolare: quella di non sapere. A tutti gli adulti, analista e genitori, viene dato il "compito" di giocare col bambino senza porsi il problema di capire o non capire, ovvero cercando di separarsi dalla serietà e rigorosità del pensiero. Per i genitori si tratta di lasciarsi coinvolgere dal gioco spontaneo, per accedere a una dimensione di *rêverie*; per l'analista si tratta di adottare un accorgimento tecnico per diventare più permeabile all'osservazione.

L'intenzione di Vallino è che durante gli incontri congiunti i genitori diventino osservatori partecipi della relazione tra loro stessi e il figlio. Nel corso di queste sedute hanno la possibilità di fare ipotesi riguardo i vissuti, i pensieri e gli stati d'animo del figlio, ma anche riguardo il suo rapporto con loro. Nei colloqui separati senza il bambino, Vallino discute quello che è successo negli incontri congiunti e invita i genitori a proporre le loro interpretazioni. Si ha così un'integrazione tra i dati dell'analista e l'esperienza dei genitori, che aiuterà la comprensione di ciò che sta vivendo il bambino.

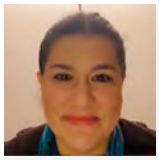
Tutto l'impianto della CP è finalizzato a riaccendere una comunicazione tra genitori e figli.

ESTENSIONE DELLA CONSULTAZIONE PARTECIPATA ALLO SPAZIO NEUTRO

A questo punto è importante chiarire quali sono le differenze tra il contesto della CP e quello dello SN.

Innanzitutto, gli incontri di SN sono stabiliti da un'Autorità Giudiziaria e costituiscono pertanto un intervento coatto, mentre alla CP le famiglie accedono in modo spontaneo. In secondo luogo, l'intervento dei servizi per il diritto di visita non è, né può essere, un atto terapeutico. Gli educatori e i professionisti che operano negli SN si occupano di curare – nel senso però di aver cura e non di guarire – solo la relazione tra genitore e figlio. Un altro elemento di diversità è che genitori e figli che si incontrano allo SN vivono separati, cioè non abitano insieme. Infine, un'ulteriore differenza è la presenza, nei servizi SN, di un'equipe, in cui ognuno ha ruoli e incarichi ben precisi, mentre il terapeuta che effettua la CP svolge il suo intervento in autonomia.

Il punto di incontro tra i due contesti è costituito dalla loro funzione principe, che in entrambi i casi è quella di (cercare di) facilitare la comunicazione e favorire la relazione. Questa corrispondenza di scopo ha reso possibile estendere il metodo della CP al servizio per il diritto di visita. Sono diversi gli elementi della CP che riteniamo possano essere trasposti negli incontri a SN: le regole fondamentali (giocare con il bambino e osservare ciò che accade per poterne poi discutere in un momento successivo; non parlare sul bambino o del bambino, ma sempre con il bambino); l'idea di svolgere con i genitori colloqui non più di restituzione, bensì di confronto e raccordo; più in generale, l'importanza di una collaborazione tra l'educatore e il genitore incontrante; l'obiettivo di recuperare e promuovere le competenze genitoriali; i concetti di atmosfera



Barbara Friia
Psicologa-psicoterapeuta a orientamento analitico. Si occupa di bambini, adolescenti e adulti. Ha lavorato per molti anni in Comunità educative come Responsalbile e Formatrice di educatori. È socia dell'associazione Dina Vallino di Milano e svolge la libera professione in Ravenna.

Francesca Di Cesare
Educatrice professionale, si occupa di minori e famiglie. Dopo dieci anni di lavoro nei servizi, è adesso libera professionista e svolge interventi familiari, consulenze e formazioni.

emotiva e di *rêverie*; il concetto di *epoché*.

L'implementazione di questi elementi è possibile se si parte dal presupposto che l'educatore debba partecipare alla relazione genitore-figlio. Per poter favorire, nel bene o nel male, una evoluzione e trasformazione della relazione tra genitore e figlio, infatti, l'educatore deve intervenire nelle situazioni di crisi, fraintendimento o stallo. L'intervento consiste nel comprendere ciò che accade e nel metterlo in parola per farlo circolare. Un esempio semplice può essere quello di un bambino che passa dal giocare serenamente al giocare in modo brusco e rumoroso. Questo cambio di atteggiamento può capitare quando il genitore fa un discorso troppo complicato o pone una domanda difficile o si distrae in altro. In una situazione di questo tipo un intervento appropriato è quello di descrivere, in modo molto semplice, ciò che sta accadendo, dando voce allo stato d'animo del bambino. Proprio al fine di poter svolgere questo tipo di interventi, la *rêverie* ci sembra compatibile con il *setting* dello SN. La capacità di *rêverie* dell'educatore può proficuamente servire a favorire il contatto tra genitore e figlio, e può magari anche essere risvegliata nel genitore.

Quanto all'operazione dell'*epoché* – che nel caso dello SN consiste nel mettere tra parentesi tutto ciò che già si sa sulla situazione familiare – risulta preziosa nel rapporto con i genitori, in quanto favorisce un approccio benevolo e simpatico. In merito alla costruzione di una relazione di collaborazione con le famiglie, ci sembra che un punto importante riguardi l'impostazione della fase precedente il vero e proprio avvio degli incontri, e cioè i colloqui preliminari con i genitori e il cosiddetto ambientamento con il minore. Riteniamo che una accurata organizzazione e conduzione di questa fase sia fondamentale per prevenire alcuni rischi.

CONCLUSIONI

Siamo fermamente convinte che una estensione della CP ai contesti socio-educativi, e in questo caso in particolare alle pratiche dei servizi SN, sarebbe, oltre che interessante, assai utile e proficua. Ci sembra, inoltre, che il servizio per il diritto di visita possa condividere con la CP anche l'idea che un buon lavoro preventivo consenta di evitare che le situazioni si aggravino, richiedendo poi interventi maggiormente complessi e onerosi. Proprio come la CP può a volte risultare terapeutica, anche gli incontri a SN possono a volte portare a dei cambiamenti importanti per le famiglie, consentendo il raggiungimento di nuovi equilibri, intrapsichici e interpersonali.

L'intento che ha animato il nostro lavoro è quello di restituire dignità a un servizio che svolge una funzione di grande importanza per tanti minori.

LIBRI

Antonio Pinna
LA CURA AI TEMPI DEL COVID-19
Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), 2020
Le restrizioni dell'isolamento obbligatorio a causa della pandemia hanno acuito le sofferenze di anziani, disabili e caregiver familiari, tutti spesso lasciati soli. Ma nella tempesta le associazioni di volontariato e le famiglie hanno mostrato tutta la loro resilienza. Il volume percorre un viaggio nel nostro Paese tra le persone con disabilità, anche non autosufficienti, evidenziando i problemi non risolti del sistema e del lavoro privato di cura. Il percorso si sviluppa tra vari tipi di pazienti: con malattie neurodegenerative, demenze, disturbi psichici, malattie psichiatriche, persone Down, sindromi dello spettro autistico, ciechi, sordi, sordociechi, malattie rare. Sui problemi dei caregiver familiari il libro fornisce un quadro del dibattito parlamentare e pubblico in vista dell'approvazione della legge specifica. Su questo tema l'autore presenta le esperienze e le soluzioni adottate recentemente in Germania e Francia. Il volume affronta il tema della qualità dell'assistenza territoriale e familiare con la valutazione di esperti e famiglie. Illustra un modello regionale ben strutturato ed efficace nella prossimità dei servizi e nel sostegno ai caregiver: l'Emilia-Romagna. Il libro si chiude con alcune domande legate alla prospettiva del notevole invecchiamento della popolazione italiana e del conseguente aumento del numero degli anziani non autosufficienti.

Maria Elisa Sartor
LA PRIVATIZZAZIONE DELLA SANITÀ LOMBARDA DAL 1995 AL COVID-19
2021
Disponibile su Amazon, Il volume fornisce tutti i documenti e i dati utili per quel che riguarda le trasformazioni avvenute nella sanità lombarda fra il 1995 – anno di insediamento di Roberto Formigoni come Presidente della Giunta regionale della Lombardia – e la pandemia di Covid-19. Il libro aiuta a valutare i progetti di revisione del SSR lombardo oggi in campo e quelli per l'attuazione della "missione sanità" del Recovery Plan. Aiuta inoltre a cogliere con consapevolezza ciò che va necessariamente trasformato, se si vogliono davvero rilanciare il Servizio sanitario nazionale (SSN) e gli stessi principi della nostra Costituzione sul fronte del diritto alla salute. Il volume risponde a questi interrogativi: Quale strategia dei governi regionali in carica ha orientato questa trasformazione? Quali sono stati gli interventi fatti per ottenere l'ampio sbilanciamento della sanità regionale in favore della sanità privata, con i suoi ospedali e la sua offerta territoriale? Qual è la vera essenza del modello lombardo di sussidiarietà orizzontale in sanità, quello che contempla la suddivisione dei compiti fra pubblica amministrazione e soggetti privati?

TRA SOCIAL MEDIA E SOCIAL NETWORK

Youngle: giovani che ascoltano giovani

Daniele Venturini
Stefano Alemanno
Fabio Stefano Santini*

L'introduzione di nuovi mezzi di comunicazione e di interazione tra persone ha da sempre acceso dei dibattiti sulle possibili conseguenze.

Ai giorni nostri tali dibattiti vedono posizioni talvolta aspre se non dicotomiche sugli effetti positivi (o negativi) generati per esempio nei processi cognitivi umani e nelle dinamiche sociali sull'utilizzo delle tecnologie digitali.

I "media digitali" hanno la caratteristica prevalente di processare e diffondere informazioni, opinioni, idee, pareri in un linguaggio che possa essere immediatamente comprensibile (Arvidsson, Delfanti, 2016).

Per le loro caratteristiche i media digitali sono costitutivamente sociali essendo accessibili in diversi momenti, contribuiscono a formare diverse comunità di utenti, potenziano e sviluppano gli aspetti creativi e di espressione dei partecipanti (Biscaldi, Matera, 2019).

Per queste particolarità, i *media* hanno avuto una velocità di diffusione eccezionale e inedita coinvolgendo trasversalmente tutte le generazioni nel tempo e nello spazio ponendo in tal modo una nuova rivoluzione sul piano antropologico accanto a quella già avvenuta anticamente nella società globale umana con l'avvento della scrittura all'interno della cultura orale (Fasoli, Rossi, 2018).

Occorre tuttavia intendersi sulla doppia accezione dei nuovi media: da una parte quella tecnologica sociale (i *social media*) e dall'altra quella relazionale interattiva (i *social network*). Spesso infatti i due termini sono usati impropriamente come sinonimi all'interno del linguaggio orale e scritto. In realtà i *social media* sono i canali di comunicazione e trasmissione di messaggi, ossia gli strumenti (per esempio, applicazioni o software) che consentono alla persona di condividere su un canale virtuale dei contenuti come immagini, testi, file audio (Youtube, Twitter, Facebook, ecc.). I *social network* invece sono la rete sociale che si realizza *online* (virtuale ma reale), costituita dalle persone che condividono interessi, idee, informazioni, ecc. (Kamel Boulos, Wheeler, 2007). L'*online* è quindi quell'ambiente virtuale in cui attraverso un'interfaccia amichevole e semplice da usare vi è la creazione, il mantenimento e la moltiplicazione di relazioni secondo le modalità proprie delle dinamiche di una rete, o di un sistema complesso, dinamico, mutevole (Calderoni, 2010).

Come operatori dei servizi sociosanitari e territoriali occorre quindi tenere sempre più in considerazione accanto ad altri strumenti, anche l'importanza dell'utilizzo dei *social media* e *social network* ai fini del perseguimento di obiettivi inerenti alla salute di quelle fasce della popolazione, difficilmente raggiungibili per le loro particolari caratteristiche di età, di coorte generazionale e struttura psicologica individuale come gli adolescenti e i giovani.

I fattori di rischio della salute mentale degli adolescenti e giovani come i problemi legati all'ansia, l'uso di sostanze, le difficoltà relazionali (WHO, 2020) vanno oggi intercettati attraverso modalità dirette e partecipative dei protagonisti come i servizi e le attività a bassa soglia.[1] È noto infatti che tale fascia di popolazione giovanile se da una parte oggi risulta refrattaria all'approssimarsi alle prassi di accesso ai servizi di prevenzione e salute per le loro insite caratteristiche (per esempio il pagamento di un *ticket*, l'autorizzazione dei genitori per i minorenni, le formalità burocratiche, i tempi di attesa, ecc.), dall'altra è altrettanto noto che gli adolescenti e giovani di oggi gestiscono buona parte delle loro relazioni mediante le tecnologie e il web: oltre il 60% degli adolescenti incominciano ad usare già le tecnologie digitali verso i 10 anni e il 54% di loro entra nelle comunità dei *social network* già tra gli 11 e 12 anni (Iard, 2020).

Se da una parte va considerato che gli adolescenti gestiscono una buona parte delle loro relazioni mediante internet, si deve altrettanto tenere presente che proprio oggi il web si può rendere uno straordinario spazio di condivisione e di prevenzione, pur nel limite che esso sia ancora uno strumento fortemente sottoutilizzato da buona parte della generazione dei professionisti dei servizi sanitari, sociali e territoriali (per esempio scarsa alfabetizzazione ad un buon linguaggio tecnologico, meccanismi di difesa verso l'innovazione o all'assunzione di nuove modalità di relazione e interazione, pregiudizio e diffidenza verso l'ambiente virtuale, resistenza all'apprendimento dei linguaggi digitalmente mediati). Per i ragazzi del resto "essere connessi" significa avere una relazione, mantenerla con i pari e con il gruppo di riferimento, rispondere a un bisogno di privacy e di riservatezza dal mon-

Note

* Una breve anticipazione di questo articolo è stato pubblicato sul nostro blog *Scambi di Prospettive* il 22 aprile 2021 (www.scambi.prospettivesocialiesanitarie.it/youngle-ovvero-giovani-che-ascoltano-giovani-in-rete).

1 "Per 'bassa soglia' s'intende la possibilità di accedere a un servizio in modo rapido e facilitato, trovando un interlocutore riconosciuto e formato, in grado di accogliere e dare significato al contenuto che viene portato" (Bravi et al., 2016).

do adulto; consente, inoltre, di poter esprimere in modo diretto e facilitato le diverse espressioni emotive e cognitive, fino all'emersione del disagio vero e proprio (Ali et al., 2015).

ALCUNE PREMESSE: IL PROGETTO YOUNGLE, NETWORK NAZIONALE

Il progetto nazionale "Youngle - Social Net Skills" è nato nel 2011 su finanziamento del Ministero della Salute (CCM: Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie).

Si tratta del primo servizio ad accesso pubblico (nazionale) di ascolto attraverso il web, rivolto a giovani e gestito da giovani con il supporto di psicologi, educatori, assistenti sociali ed esperti di comunicazione. L'idea progettuale alla base del servizio è quella di rinforzare i fattori protettivi individuali nei giovani in modo che questi sviluppino una maggiore resistenza all'influenza negativa di alcuni modelli che investono la loro generazione o che provengono dalla società, affinché vi possa essere uno sviluppo di consapevolezza di sé, una tendenza all'autoprotezione ed al mantenimento del benessere psicofisico.

Questo approccio risalta le strategie di azione centrate sull'*empowerment*, lo sviluppo delle competenze e abilità di cui il *target* è portatore.

Per lavorare su tale generatività ci si avvale della *peer education*, come approccio che facilita le giovani generazioni nel proteggersi dai rischi evolutivi su temi importanti come l'affettività, la comunicazione, le relazioni, la sessualità, gli stili di vita, l'uso di sostanze e le realtà virtuali (Hendry, Kloep, 2003).

All'interno della *peer education*, Youngle impiega l'uso strategico dei media come strumento di contattabilità prevalente, coinvolge il mondo della scuola come contesto principale di intercettazione del *target* e reclutamento dei *peer* (scuole superiori), lavora in rete con il sistema dei servizi, coltiva una comunicazione che possa essere efficace.

Tale progetto nazionale, nella sua diramazione locale, svolge un servizio di ascolto online tramite le chat (obiettivo primario), gestito da ragazzi (maggiorenni) e rivolto a giovani di età compresa tra i 14 e i 25 anni.

Il progetto inoltre realizza percorsi di formazione permanente (obiettivo secondario) rivolto ai volontari peer allo scopo di far acquisire le competenze tecniche necessarie alla comunicazione online in sincrono.

Il progetto ha coinvolto inizialmente 5 Regioni (capofila Toscana), con l'apertura di 7 centri (2011). Da allora il progetto (menzionato poi nel biennio 2014/2016 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come buona pratica per la prevenzione del rischio suicidario e della depressione nei giovani) si è diffuso come progettualità attiva in tutto il territorio nazionale.

Oggi Youngle nella sua diramazione capillare è entrato a far parte dello studio pilota dell'Istituto Superiore di Sanità con il primo censimento per la rilevazione delle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di internet (*web disorder*).

COSA FA YOUNGLE

Ogni centro Youngle provinciale è in network con gli altri centri regionali.

Ogni centro è composto da almeno 10 peer che gestiscono una chat che viene aperta secondo un calendario settimanale **e** realizzata all'interno di una applicazione (app) proprietaria del progetto e ospitata (per la necessaria protezione di tutti i dati sensibili) dal server della Regione Emilia Romagna, partner del progetto. Oltre a tale calendario, vi sono poi altre modalità di contatto sincrone (es. Telegram, TikTok, WhatsApp) e asincrone (con contatti email).

I peer sono affiancati dai professionisti (monitoraggio e supporto) durante le chat ed anche successivamente (supervisione).

I peer coltivano una formazione periodica che viene garantita dallo staff degli esperti attraverso il network nazionale (professionisti e *peer senior*).

Dalla sua origine di Youngle del 2011, ad oggi sono presenti in Italia 10 centri locali distribuiti su diverse regioni.[2]

Sono in fase di attivazione anche altri 6 centri su nuove province italiane.[3]

METODOLOGIA

Per l'attività di ascolto volontario in chat da parte dei peer, ci si avvale quindi dell'approccio della *peer education* e dell'uso di strumenti digitali (*social media* e *social networking*) affiancati in supervisione e monitoraggio da professionisti.

La conversazione avviene in modalità totalmente anonima: ogni utente deve creare un proprio nickname con cui appare on line e non gli viene richiesto alcun dato personale sensibile (numero di telefono, indirizzo fisico o email). Anche il peer mantiene un proprio profilo anonimo, rispondendo solo come *Youngle*.

Il progetto è collegato con i servizi territoriali rivolti ad adolescenti e giovani (servizi di prevenzione, altri progetti di *peer education*, servizi per le dipendenze, servizi sociosanitari, ecc.). Il progetto viene presentato negli spazi e nei momenti di aggregazione naturale del suo *target* (adolescenti e giovani fra i 14 e i 25 anni): istituti scolastici, centri aggregativi, discoteche, feste, *rave party*, ecc.

ALCUNI DATI QUANTITATIVI E DI PROCESSO

Le attività di ascolto nel web sono state considerevoli: le chat avvenute nel 2020 tra peer e giovani coetanei sono state circa 1.854 su tutto il territorio nazionale. Il range di età media prevalente di 14–20 anni con una netta prevalenza del genere femminile.

Le chat avvenute nell'arco di 10 anni sono state circa 20.000 su tutto il territorio raggiungendo circa 15.000 ragazzi.

Per ogni centro vi è almeno uno psicologo con ruolo di supervisore in chat e in differita (o come formatore dei peer) e un educatore (in alcuni centri c'è anche la presenza in staff dell'assistente sociale per lo sviluppo in rete del progetto).

Sia lo psicologo che l'educatore sono specia-

lizzati sul tema (*peer education*, utilizzo delle *e-technology*, sostegno in remoto).

Gli operatori professionisti coinvolti nella rete nazionale sono n. 30, oltre a circa n. 97 peer. Sono state create 16 pagine social, 1 sito internet (in fase di revisione) nazionale (oltre a 10 pagine provinciali), 1 app (attiva da settembre 2019 e scaricabile su GooglePlay, Youngle Android e su Apple Store, Youngle iOS, 1 canale YouTube (weintheyoungle).

Ogni centro ha un proprio profilo Instagram, Telegram, TikTok, WhatsApp, contatti email e telefonici. Tutte queste modalità di social media e social networking sono orientate a far conoscere il servizio di ascolto e orientare il contatto finale interattivo dei ragazzi nell'ascolto on line attraverso la chat utilizzabile attraverso la app Youngle.

Nel corso degli anni Youngle é stato oggetto di 10 diverse pubblicazioni (Contena et al., 2019).

ALCUNI RISULTATI E TEMI EMERSI

Alcuni dati sul piano nazionale del 2015 riportano questo tipo di temi primari emersi dall'ascolto delle chat (Maccherini, 2015):

32% Problemi relazionali e sentimentali
14% Problemi famigliari/coi genitori
14% Accettazione di sé
13% Scuola
10% Sessualità
7% Sostanze
4% Autolesionismo
1% Malattie rare e degenerative
5% Altro

Accanto a questi temi primari sono emersi anche altri temi secondari ed espressi per esempio sottoforma di problemi d'ansia, ponendosi in tal modo come un disagio psicologico significativo (per esempio il dolore emotivo per la patologia fisica, deficit) se non anche con tratti di importante sofferenza psichiatrica o di personalità (per esempio attacchi da panico, autolesionismo, narrazioni al limite). In tali casi visto l'aspetto relazionale virtuoso con i peer, con la costante supervisione professionale (in particolare quella psicologica) vi è stato l'accompagnamento funzionale ai servizi specialistici del territorio per la presa in carico del giovane.

Vediamo quindi più nello specifico i temi primari riportati nell'ascolto in chat.

Problemi relazionali e sentimentali: sono riferiti a quelle chat ove i ragazzi esprimono, direttamente o indirettamente, difficoltà di relazione con gli altri e che possono portare a situazioni di solitudine e sfiducia verso gli altri o a problemi di gestione della rabbia e difficoltà di dialogo. Sono emersi in questa area difficoltà di relazione con l'altro sesso, sentimenti di inadeguatezza, insicurezza, vergogna e gelosia.

Accettazione di sé: sono chat in cui emergono da parte dei ragazzi difficoltà rispetto a sé stessi e al proprio corpo. I problemi relativi all'accettazione di sé si sono manifestati fondamentalmente su due versanti: da una parte come bassa autostima declinata come difficoltà di socializzazione, solitudine o vere e proprie forme di isolamento sociale; dall'altra parte riguarda il rapporto con il proprio corpo e con il cibo.

Si vedano, ad esempio, i seguenti tratti di conversazione chat: "Se parlo le persone non sono in grado di reggere questo peso, perché io sono un peso [...] le persone cercano solo gente tranquilla e se trovano una persona con mille problemi si allontanano è sempre così ed è vero" ed anche "Perché mi sento un po' sola anche se ci sono le mie amiche perché per tutti i maschi o mi ritengono un'amica con cui confidarsi o scherzare o sennò sono per loro sono uno schifo".

Autolesionismo: include casi di tagli e bruciature autoinflitte, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.

Si veda come esempio il seguente contenuto tratto da chat: "Adesso mi ritrovo qui, in camera mia, seduta in terra, con un coltellino e 8 tagli sul corpo non so precisamente il motivo per il quale lo faccio trovo sollievo, ma sparisce dopo un attimo".

Problemi familiari: sono chat in cui è emersa una forte conflittualità nel nucleo familiare anche protratta nel tempo. Spesso sono collegate alla presenza di un familiare problematico e in alcuni casi a situazioni violente o a cambiamenti del sistema famigliare. Si veda ad esempio questa parte di conversazione tratta da chat: "Non ce la faccio davvero più!! L'altro giorno sono scoppiata a piangere a scuola perché sto male, la vicepreside mi ha consolato mi ha detto che se volevo potevo andare dallo psicologo della scuola. Sono andata e ha deciso di contattare i miei genitori per fargli dare una calmata visto che non si va d'accordo".

Problemi scolastici: in tale area sono emerse chat ove sono stati posti importanti dubbi e le difficoltà relative all'ambiente o al percorso scolastico. Difficoltà nel passaggio da una classe all'altra o nell'inserimento nella propria classe, dubbi sul percorso scolastico scelto, paura di sbagliare e stress da prestazione sono le aree principali, ma anche casi di bullismo.

Sessualità: sono chat ove sono emerse le ansie legate ai rapporti sessuali, le domande rispetto ai metodi contraccettivi, il sentirsi sbagliati o inadeguati, i timori della pressione sociale e dello stigma e le difficoltà nel parlare dell'argomento in famiglia, ma anche con gli amici.

Si veda come esempio il seguente contenuto tratto da chat: "Cosa pensi dei ragazzi e ragazze che pensano di essere gay o lesbiche? [...] Ma poi non si tratta di amore quello che ti chiedo [...] ma attrazione fisica per la persona del tuo stesso sesso e anche per l'altro sesso (bisessualità). Cosa ne pensi?".

Abuso di sostanze: sono chat ove sono emersi temi riferiti all'uso di cannabinoidi e degli aspetti legali legati a tale uso, ma anche per avere informazioni su altre sostanze come cocaina, eroina e droghe sintetiche. In tali chat si sono individuati due tipi di contatti: i ragazzi che si rivolgono al servizio per sé stessi e quelli che si

Note

2 Torino, Novara, Cremona, Trento, Bologna, Savona, Ancona, Napoli, Piacenza, Perugia.

3 Verona, Siena-Arezzo-Grosseto, Udine, Lodi, Aosta.

Daniele Venturini
Psicologo, psicoterapeuta con formazione interdisciplinare (laurea in Servizio Sociale e Scienze dell'Educazione), è referente scientifico Youngle Verona.

Stefano Alemanno ,
Pedagogista e formatore in ambito di web communication e counselling online. Ha realizzato progetti sulla muldimedialità e comunicazione sociale per il Ministero della Salute, Regione Toscana, è coordinatore scientifico nazionale progetto Youngle.

Fabio Stefano Santini
Educatore sanitario ASST, referente adolescenti e giovani, formatore Life Skills Training e Peer Education Lombardia, è referente Youngle Cremona.

rivolgono per difficoltà nell'aiutare terze persone, soprattutto amici.

Lavoro: sono alcune chat ove sono emerse degli stati emotivi (sfiducia, preoccupazione, demotivazione) nella ricerca di lavoro.

Malattie: sono chat i cui contenuti sono riferiti a condizioni di disabilità o area degli apprendimenti o in qualche caso anche a malattie specifiche (per esempio, patologie degenerative o croniche).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Gli interventi e le politiche nell'ambito della promozione e protezione della salute in Italia (con il coinvolgimento diretto dei giovani) non sono ancora ad un buon livello di partecipazione.

Risulta del resto importante dotarsi di strategie che si riconducano all'ascolto dei bisogni specifici dei giovani non limitandosi (come tradizionalmente accade) ad indagare o promuovere il contrasto di aree di disagio individuate con lettura unilaterale e che conducono a campagne scarsamente efficaci (Bravi et al., 2016).

Le attività di promozione della salute in area adolescenziale e giovanile progettate dai servizi territoriali debbono sempre più considerare l'utilizzo dei social media e dei socialnetwork come veicoli strategici, considerato che i giovani ne fanno un importante utilizzo anche sul piano degli aspetti affettivi e relazionali. L'interazione mediatica permessa dalle nuove tecnologie è indispensabile per incontrare i giovani là dove essi si trovano (Donini et al., 2014).

Il mondo dei servizi e dei professionisti deve quindi dotarsi di strategie migliorative che attraversano i mondi vitali dei giovani, imparando i loro linguaggi per una virtuosa interazione.

I giovani oggi si presentano con i temi di sempre, o meglio temi che si esprimono attraverso nuovi codici e che necessitano pertanto di essere esplorati con questi nuovi linguaggi: i problemi sentimentali, l'accettazione di sé e i problemi relazionali sono infatti i 3 temi con frequenza maggiore identificati anche nell'ascolto in chat.

Questo dato è coerente con quando evidenziato dalla letteratura a proposito dei giovani, per i quali tali aspetti risultano centrali.

Il periodo adolescenziale in particolare è caratterizzato da grandi mutamenti che si esprimono fondamentalmente su due fronti: la costruzione dell'identità con la conquista della propria autonomia da una parte, e la consapevolezza della maturazione sessuale e del proprio corpo dall'altra.

Gli interventi online rappresentano una promettente opportunità per la prevenzione e promozione della salute tra giovani. L'accessibilità, l'interattività e l'anonimato sono gli elementi chiave che caratterizzano i contesti virtuali e che li rendono attrattivi. A queste si aggiungono le potenzialità della *peer education*, che evidentemente sono trasferibili dall'ambiente *offline* a quello *online* (Donini et al., 2014).

Infine un pensiero va rivolto anche ai peer, i ragazzi volontari che fanno ascolto in chat verso i loro coetanei: per questi stessi ragazzi il servizio svolto è stato un percorso di crescita personale, un motivo ad agire e aggregarsi per esprimere il meglio di sé, entrare in relazione con gli altri, cercare il sostegno e il confronto con il gruppo (Donini et al., 2016). Questo è stato uno sviluppo (positivo) del progetto non previsto all'inizio e che ha portato benefici ulteriori. È dunque a loro che riserviamo l'ultima parola con un estratto di intervista a un peer: "per me l'esperienza compiuta quest'anno con Youngle è stata molto produttiva perché ho scoperto che, quando aiutavo e ascoltavo un ragazzo, in realtà stavo dicendo quello che avrei voluto sentire io se fossi stato nella sua situazione. Finalmente sto imparando ad ascoltare realmente una persona quando parla".

Bibliografia

Ali K., Farrer L., Gulliver A., Griffiths K. M., "Online Peer-to-Peer Support for Young People With Mental Health Problems: A Systematic Review", *JMIR Mental Health*, 2(2), e19, 2015

Arvidsson A., Delfanti A., *Introduzione ai media digitali*, Il Mulino, Bologna, 2016

Biscaldi A., Matera V., *Antropologia dei social media*, Carocci, Roma, 2019

Bravi E., Brugnolli A., Valentini M., *Percorso di adesione al Network 'Social Net Skills -Youngle' in Trentino*, Corso di formazione per Dirigenti di ambito sanitario, Università degli Studi di Trento- Provincia Autonoma di Trento, 2016

Calderoni A., *Psicologia digitale*, Ecomind, Salerno, 2013

Contena B., Maccherini M., Alemanno S., Taddei S., "Online peer help: Its quality in an online service for adolescents, *Applied Psychology Bulletin,* 67, 2019

Donini R. T., Balugani R., Panza M., Conio N., Romani F., "Adolescenti che si ascoltano: un servizio on line per la promozione della salute", *Media Education*, 2, 2014

Donini R. T., Panza M., Devietti Goggia F., Lena C., "Promuovere salute negli adolescenti offrendo occasioni di sperimentare la propria umanità", in Ardis S., Bicchi C., Carraro T. (a cura di), *Trent'anni di Carta di Ottawa*, Vol. I, Aonia Edizioni, 2016

Fasoli G., Rossi L., *Digital people*, Libreria Universitaria, Padova, 2018

Hendry L., Kloep M., *Lo sviluppo nel ciclo di vita*, Il Mulino, Bologna, 2003

Iard, *Adolescenti e stili di vita*, 2020, www.laboratorioadolescenza.org/res/site144680/res1501169_Risultati-indagine-def-2018-2019.pdf

Kamel Boulus M. N., Wheeler S., "The emerging Web 2.0 social software: an enabling suite of sociable tecnologies in health and health care education", *Health Information and Libraries Journal*, 24, 2007

Maccherini M., *Interazioni tra pari online: studio di un'esperienza di supporto via chat*, Tesi di Laurea Magistrale in Psicologia, Università degli Studi di Firenze, 2015

Who, *Spotlight on adolescent health and well-being, International report*, 2020, www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-2020

GIOIA E BENESSERE NEGLI ASSISTENTI SOCIALI

Alessandro Sicora*

Le riflessioni e le ricerche che il servizio sociale fa su di sé sono più spesso centrate sugli aspetti problematici (*burnout*, fatica emotiva, ecc.) che su quelli legati alle emozioni positive vissute dagli assistenti sociali nel loro lavoro. Ciò avviene nonostante uno dei pilastri chiave della professione sia il riconoscimento delle potenzialità della persona per rafforzarne i punti di forza.

Tuttavia quando si tratta di creare condizioni di benessere spesso vengono persi di vista proprio gli stessi assistenti sociali le cui condizioni di salute dovrebbe essere in primo luogo un valore in sé in quanto lavoratori e in secondo luogo un elemento strumentale essenziale per l'erogazione di servizi sociali efficaci. A tale proposito è utile ricordare che il vigente Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro definisce la salute come uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità" (art. 2, lettera o, D.lgs. 81/2008).

Stare bene sul lavoro significa poter provare anche soddisfazione e gioia. Si tratta di emozioni che sono tutt'altro che scontate e che richiedono l'allineamento di condizioni favorevoli sia sul piano personale che su quello dell'organizzazione e di ogni altro sistema implicato nel servizio sociale.

Quali sono le occasioni di soddisfazione e gioia più ricorrenti nel lavoro dell'assistente sociale? In quali circostanze si manifestano tali emozioni? Quali riflessioni ne vengono tratte? Il presente articolo cerca di rispondere a queste domande utilizzando alcune microstorie raccolte nell'ambito di laboratori formativi tenuti sul tema delle emozioni nel servizio sociale in Inghilterra, Israele, Italia e Sud Africa nel corso del 2019 e del 2020.

Tali narrazioni sintetiche rappresentano esempi di scrittura riflessiva elaborati da assistenti sociali impegnati in processi di riflessione strutturata approfondita su alcune delle loro esperienze più significative. In tale ambito emerge spesso che le ragioni di gioia più frequenti sono: il successo di un intervento professionale soprattutto quando questo ha un inizio difficile che può mettere in dubbio le proprie capacità professionali, la fiducia ricevuta dalle persone utenti, le manifestazioni di gratitudine da parte di queste ultime e il provare empaticamente la gioia di chi ha superato delle difficoltà grazie all'opera dei servizi (Sicora, 2021).

UN'EMOZIONE TROPPO SPESSO IGNORATA

Ekman (2016) ritiene vi siano cinque emozioni di base: felicità, rabbia, disgusto, paura e tristezza. Tale classificazione è il risultato di una ricerca volta a raccogliere il parere di un'ampia e qualificata platea di specialisti in ambito psicologico ed è diventata popolare in quanto ha ispirato il film d'animazione *Inside Out* (2015) nel quale venivano personificate le cinque emozioni sopra elencate.

La felicità viene definita come una «condizione di benessere di rilevante intensità, caratterizzata dall'assenza di insoddisfazione e dal piacere connesso alla realizzazione di un desiderio» (Galimberti, 2018, p. 513) e viene spesso associata alla gioia che, più specificatamente, è la «sensazione di piacere diffuso suscitata dall'appagamento di un desiderio o dalla previsione di una condizione futura positiva. Da questo punto di vista la gioia si contrappone alla tristezza, caratterizzata da una visione negativa del futuro» (ivi, p. 571).

Il tema oggetto del presente articolo appare raramente nelle ricerche di servizio sociale. Pooler, Wolfer e Freeman (2014b, 2014b) partono da tale considerazione nel proporre l'esito di una interessante indagine volta all'esplorazione del lato gioioso ma ampiamente sconosciuto del *social work*. Sono così emersi fattori di tipo interpersonale e altri a carattere intrapersonale capaci di dare origine ad esperienze di gioia nel servizio sociale. Nella prima tipologia (fattori interpersonali) vengono inseriti la qualità delle relazioni, soprattutto con le persone utenti ma anche con i colleghi, e il potere di influenzare positivamente la vita delle persone (agendo non solo a livello individuale ma anche sul piano organizzativo e politico). Il secondo gruppo (fonti intrapersonali) comprende in primo luogo il radicare profondamente l'essere assistente sociale nel disegno complessivo della propria vita riconoscendo il valore della professione ritenuta adatta a sé anche in ragione della bellezza dell'aiutare gli altri. Altri fattori importanti in tale ambito sono legati alla capacità di gestire le proprie aspettative in maniera realistica, al saper apprezzare anche i piccoli successi, al desiderio di imparare continuamente, alla fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità di crescere

Note

* Una breve anticipazione di questo articolo è stata pubblicata su *Welforum.it* il 21 giugno 2021 (www.welforum.it/le-emozioni-di-chi-aiuta-per-professione).

personalmente e professionalmente.

Una riflessione interessante offerta in ambito italiano da Rizzo (2019) sul tema generale delle emozioni include un elenco di situazioni ritenute portatrici di gioia per l'assistente sociale. Queste spaziano dalla costruzione di un rapporto di fiducia nella relazione (mediante un atteggiamento non giudicante, di accettazione e di comprensione empatica ricambiato dall'interlocutore), al riuscire a cambiare la propria organizzazione per renderla più funzionale alle sue finalità di aiuto. Importanti in tale ambito sono anche il constatare di aver effettivamente aiutato le persone utenti a migliorare le loro condizioni di vita, il ricevere ringraziamenti sinceri e non strumentali, il superare le difficoltà di un intervento che aveva inizialmente suscitato rabbia o frustrazione, il conseguire risultati positivi grazie all'impiego efficace di strumenti professionali quali la relazione scritta oppure un progetto elaborato assieme ad altri operatori.

ASCOLTARE E ASCOLTARSI NELLA GIOIA

La riflessione sull'azione e nel corso dell'azione è una delle fonti principali costitutive di un professionista riflessivo, ovvero di un professionista capace di affrontare con efficacia le sfide poste dalla quotidianità lavorativa (Schön, 1993). In tale ambito ogni esperienza significativa può costituire una promettente fonte di apprendimento ma l'analisi critica dell'accaduto può offrire spunti ancor più ricchi quando vi è implicato un vissuto emotivo particolarmente intenso.

Questo è stato uno dei concetti alla base di un laboratorio formativo a carattere riflessivo proposto in più edizioni a gruppi di assistenti sociali in Inghilterra, Italia, Israele e Sud Africa tra il 2019 e il 2020. In tale ambito i partecipanti hanno ricevuto l'invito ad individuare episodi specifici della loro vita professionale in cui le emozioni sono state particolarmente intense e a riflettere su di essi alla luce del ciclo della riflessività di Gibbs (1988). Quest'ultimo è uno strumento finalizzato a guidare la riflessione su di un evento specifico per comprenderne il significato e le possibili implicazioni per l'azione futura ed è composto da trenta domande suddivise in sei gruppi con altrettante domande chiave:

1. descrizione (cosa è successo?);
2. emozioni (cosa ho provato?);
3. valutazione (cosa c'è stato di positivo e di negativo nell'evento?);
4. analisi (che senso posso dare all'esperienza e alla situazione che si è creata?);
5. conclusione (cos'altro avrei potuto fare?);
6. piano d'azione (se la situazione si presentasse di nuovo cosa farei?). È stato proposto ai partecipanti ai laboratori di aggiungere una domanda finale ulteriore: cosa posso imparare dall'episodio e dal messaggio nascosto nell'emozione che ho provato?

Questo lavoro di riflessione guidata è stato fatto a coppie. Con analoga modalità è stata riassunta l'intera narrazione in soli 160 caratteri, come se si trattasse di un SMS inviato da un cellulare, per portare i partecipanti a individuare l'essenza dell'apprendimento conseguito dall'esperienza e per preparare la successiva discussione in forma assembleare su queste micro-storie presentate rigorosamente in forma anonimizzata.

Di seguito vengono proposte alcune di tali storie, centrate su esperienze di gioia e rese disponibili per la diffusione da chi le ha formulate. La dimensione relazionale, la fiducia (in sé, nell'altro e nel cambiamento), la soddisfazione per un lavoro ben fatto e l'empatia che consente di sentire ciò che di bello sta provando la persona utente sono tra i principali contenuti che emergono da queste narrazioni.

LA RELAZIONE CON LE PERSONE

Il servizio sociale lavora intensamente sulle relazioni interpersonali. Non sorprende quindi che la qualità di queste incida in maniera significativa anche sulle emozioni vissute dall'assistente sociale. La conquista della fiducia dell'altro è motivo di gioia, come evidenziato nelle seguenti micro-storie.

> *L'utente del servizio era riluttante a collaborare [...]. Mi era stato chiesto di completare la valutazione. Tempo trascorso con l'utente del servizio e fiducia costruita. Alla fine della visita, l'utente si è divertita a parlare con me ed era soddisfatta del supporto offerto.* (J-EN-18)

> *Raggiunto affidamento alla madre di 13enne, dopo anni di casa-famiglia. Gioia per faticoso ricongiungimento, conquistata fiducia della signora delusa dalle istituzioni, superamento paura inadeguatezza.* (J-IT-07)

> *Riabilitazione volontaria. Intuizione e speranza che il cambiamento possa aver luogo. L'utente si assume la responsabilità. Essere fiduciosi e credere. Il cambiamento è possibile [anche se] esperienze passate [indicavano] che l'utente non sarebbe mai cambiato. Il cambiamento è possibile. Sii positiva.* (J-SA-01)

La gratitudine delle persone utenti è un altro motivo di gratificazione per gli assistenti sociali e talvolta viene espressa anche in maniera tangibile. A tale proposito è importante molto più il gesto in sé che il valore di quanto viene donato.

> *Ricevuta caramella da utente multiproblematico aggressivo per disoccupazione con precedenti penali. Dono come gesto di fiducia creato nel tempo. Passaggio in 7 anni da rivendicazione a richiesta di aiuto. Valori personali.* (J-IT-02)

> *Ricordo con emozione quando un signore anziano mi ha portato dei biscotti e li abbiamo mangiati assieme: è stato un momento positive. Più volte ho rischiato aggressioni ma non è mai successo nulla di grave.* (J-IT-04)

Alcune delle narrazioni sembrano fare riferimento alla gioia nel vedere l'entusiasmo e la felicità nella persona aiutata dall'assistente sociale.

> *Descrizione: aiutare un utente a tornare a casa dopo un lungo soggiorno in una struttura residenziale.*
> *Emozioni: ho provato gioia quando l'utente del servizio e sua moglie erano tanto felici di ritrovarsi e di vivere insieme nella casa di famiglia.*

Valutazione: è stato bello vedere l'entusiasmo dell'utente di essere a casa con la sua famiglia. L'aspetto negativo era che potevo vedere l'ulteriore tensione fisica ed emotiva che questo stava avendo sulla moglie.
Analisi/piano d'azione: Riflettendoci meglio, sarei stata più realistica e informativa sulle difficoltà conseguenti [al ritorno a casa]. (J-EN-11)

Un signore che è stato istituzionalizzato per 13 anni torna alla vita assistita dopo il lavoro di abilitazione e riabilitazione. La sua felicità per l'indipendenza mi ha reso felice. (J-EN-09)

Producono gioia non solo le relazioni positive con le persone utenti ma anche quelle con altri soggetti, come evidenziato nelle seguenti parole volte a descrivere l'esito positivo di un intervento grazie alla collaborazione instaurata con un collega.

Problemi per un uomo in un alloggio [...] inadatto. La conoscenza e i consigli del collega hanno fornito gioia nel sapere cosa era possibile [fare]. Importanza del supporto dei colleghi per il benessere. Se si dovesse ripresentare [una situazione simile], chiedi consiglio al collega prima. (J-EN-19)

IL SUCCESSO CHE ALLONTANA IL SENSO DI INADEGUATEZZA

Il vedere gli esiti positivi delle proprie azioni porta alla gioia in molte delle esperienze vissute dagli assistenti sociali. Chi ha scritto la prossima storia associa l'aver provato gioia per la tenuta dell'autonomia di una madre al gratificante riconoscimento da parte di quest'ultima del valore del lavoro svolto.

Madre dipendente da gioco con figlio piccolo inserito in comunità. Percorso lungo di costruzione e consolidamento della rete che ha permesso l'assegnazione di alloggio ATC e il ricongiungimento familiare. La signora riconosce valore aggiunto e indispensabile del sostegno dell'assistente sociale per raggiungere obiettivo. L'assistente sociale sperimenta gioia per aver raggiunto l'obiettivo e per avere gratificazione sia verbali che dalla tenuta dell'autonomia. L'operatore riconosce l'importanza di aver saputo riconoscere e valorizzare le risorse della signora per questo in altre occasioni si sentirà pronta ad affrontare le avversità di un nuovo percorso di sostegno consapevole di potercela fare... nonostante riconosca che nel tempo necessario a raggiungere l'obiettivo le persone sperimentino momenti di sofferenza e frustrazione. (J-IT-03)

Ci si può rendere conto di aver raggiunto i risultati perseguiti sentendosi contenti anche di fronte ad un apparente insuccesso, come nella storia seguente. Sembra importante capire i limiti del proprio agire apprezzando comunque ciò che di positivo viene ottenuto.

Viene rifiutato il finanziamento, ma sappiamo che questo è il miglior risultato per il paziente e la sua famiglia: avere una discussione tra pari. Lavorare a stretto contatto con professionisti, pratica riflessiva. Successo. (J-EN-06)

Alcuni assistenti sociali riconoscono che la perseveranza, pur nella fatica, conduce ai risultati perseguiti rendendo il successo dell'intervento ancora più dolce. Di seguito vengono proposte cinque storie di questo tipo. Nelle ultime tre appare il riferimento alla frustrazione come tappa che talvolta deve essere attraversata per giungere alla gioia per il successo finale dell'intervento.

Nonostante le condizioni costanti di pessimismo e disperazione, l'utente del servizio ha dichiarato di essere uscito in moto oggi e di aver bevuto un drink con il suo amico. Sentimenti di gioia condivisi. Dimostra l'importanza della perseveranza e del rispetto positivo incondizionato di fronte alla malattia mentale. (J-EN-14)

Genitori con bambino, etichettati ed emarginati. Gamma [di emozioni]: dalla paura alla gioia quando l'esperienza di vita viene cambiata, sviluppando relazioni per superare la sfida e resistenza attraverso la perseveranza e l'accettazione. (J-EN-02)

Lavoro con famiglia con adulti e bambini. Lavorare in modo collaborativo. Imparare nuove aree di lavoro. I risultati migliorano. Comprensione reciproca dei propri ruoli e confini. Sentimenti: gioia, frustrazione occasionale. (J-EN-10)

Sedicenne con storia di uso di sostanza. Atteggiamento oppositivo e provocatorio: obiettivo aiutarlo in un percorso di consapevolezza. L'assistente sociale si è sentita impotente, senso di frustrazione, rabbia, determinazione fino alla gioia di aver permesso al ragazzo di cambiare il registro di comunicazione. Non mollare rispetto all'obiettivo e credere nelle proprie capacità empatiche e professionali. Gioia per il percorso avviato dal ragazzo con il coinvolgimento della famiglia. (J-IT-06)

Coppia in condizioni di grave trascuratezza e con difficoltà di apprendimento. Posta in un centro residenziale per 6 mesi fino alla definizione del programma di assistenza. Frustrazione iniziale seguita dalla gioia una volta tornati a casa con una maggiore indipendenza. (J-EN-08)

Un aspetto che emerge da altre storie è l'importanza del trovare conferma delle proprie capacità professionali, in particolare di quelle valutative, a seguito dei successi conseguiti.

Gioia per la valutazione positiva di un bambino con disabilità. Felice di aver permesso alla famiglia di andare avanti [...] grazie agli aiuti garantiti dalla legge. Gioia che quel bambino avesse il sostegno di cui aveva bisogno e che ciò ha confermato le mie capacità di valutazione. A causa della mia mancanza di esperienza, temevo di non raggiungere il risultato.
Conclusione: la mia gioia e apprensione sono derivate da un iter burocratico. Tristezza per il fatto che non dovrebbe essere così.
Se un caso simile si dovesse ripresentare: avere più fiducia sulla mia valutazione e sulle mie opinioni su ciò che mi viene richiesto. (J-EN-16)

La seguente e ultima storia si colloca idealmente in continuità con quelle precedenti in quanto qui

Alessandro Sicora
Assistente sociale specialista, professore associato presso l'Università di Trento. Presidente dell'ESWRA (European Social Work Association) e Research Associate presso il Department of Social Work della Stellenbosch University (Sud Africa).

la gioia nasce dal rilevare la positività di qualcosa che si è fatto e, in questo caso, dal riconoscere il proprio agito in sintonia con i principi e i valori della propria professione.

> *Paziente ricoverato in hospice dall'ospedale per cure di fine vita con insufficienza cardiaca. Era stato costretto a letto per 6 settimane. Ha iniziato a migliorare e ha chiesto di tornare a casa. Ha lavorato con i terapisti per recuperare forza e mobilità. Ho lavorato a stretto contatto con la famiglia per garantire che fossero supportati durante la transizione attraverso un programma di riabilitazione presso l'hospice. Il paziente ha raggiunto l'obiettivo di tornare a casa. Ho provato gioia per aver sostenuto l'autodeterminazione del paziente, consentendogli di identificare e raggiungere il suo obiettivo di tornare a casa, anche con una migliore qualità della vita [rispetto a] prima del ricovero in hospice. Riflettendoci, questo ha potuto essere raggiunto solo grazie al supporto del lavoro multidisciplinare e mostra l'importanza di tutti i professionisti che lavorano insieme nel migliore interesse del paziente.* (J-EN-17)

DARE SPAZIO ALLA RIFLESSIONE SULLE ESPERIENZE EMOTIVAMENTE APPAGANTI

Diffondere le storie che sono state riportate in questo articolo ha una doppia finalità: portare un po' di luce in un ambito spesso ignorato e suscitare confronto e dibattito su di un tema poco considerato ma cruciale per il benessere di chi lavora nei servizi e conseguentemente di chi vi si rivolge in cerca di aiuto. La speranza e la fiducia al pari dell'ottimismo, sono elementi importanti nel servizio sociale e possono migliorare il livello di motivazione al lavoro (O'Connor, 2020). Analogo effetto può essere prodotto dalla sorpresa che, provata di fronte a risultati positivi inaspettati, intensifica la gioia (Tsang, 2013).

Forse qualcuno, leggendo le micro-narrazioni proposte, ha ritrovato situazioni familiari e ha iniziato a riflettere su ciò che gli dà più gioia nel suo lavoro, richiamando alla memoria esperienze specifiche. Interrogarsi in proposito significa attivare processi di riflessività che possono risultare particolarmente fruttuosi se si nutrono di domande del tipo: quali sono state le esperienze professionali che mi hanno dato più gioia? Cosa significa concretamente un successo nel mio lavoro di assistente sociale? In quali occasioni mi ha fatto particolarmente piacere ricevere un "grazie" da una persona aiutata e in quali è stato appagante già il vedere come questa stava meglio in conseguenza di ciò che avevo fatto? In che modo la gioia può essere contagiosa nell'ambito del mio lavoro?

Può essere interessante segnalare che, come affermano i già citati Pooler, Wolfer e Freeman (2014b), riflettere sulla gioia incontrata nel proprio percorso professionale ha l'effetto di intensificare e moltiplicare questa emozione. Tale effetto è stato rilevato anche durante i laboratori nel corso dei quali è stato raccolto il materiale qui proposto e può rafforzare l'invito ad una pratica professionale nutrita sistematicamente da processi riflessivi. Prendere in considerazione anche la dimensione emotiva dei *social worker* può arricchire significatamene il riflettere individualmente e collettivamente per cogliere eventuali spunti di miglioramento nei servizi sociali. Volgere l'attenzione anche alle emozioni positive consente non solo di approfondire l'analisi aggiungendo elementi utili a fare meglio, ma anche di ricaricare di motivazione ed entusiasmo i professionisti dell'aiuto sostenendoli nell'affrontare meglio un lavoro tanto importante quanto complesso e faticoso.

Bibliografia

Ekman P. (2016), "What Scientists Who Study Emotion Agree About", *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), pp. 31–34, http://doi.org/10.1177/1745691615596992

Galimberti U. (2018), *Nuovo dizionario di psicologia: psichiatria psicoanalisi neuroscienze*, Feltrinelli, Milano

Gibbs G. (1988), *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*, Further Education Unit, London

O'Connor L. (2020), "How Social Workers Understand and Use Their Emotions in Practice: A Thematic Synthesis Literature Review", *Qualitative Social Work*, 19, 4, pp. 645–62, http://doi.org/10.1177/1473325019843991

Pooler D. k., Wolfer T. A., Treeman M. L. (2014a), "Finding Joy in Social Work: Interpersonal Sources", *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 95, 1, pp. 34–42, http://doi.org/10.1606/1044-3894.2014.95.5

Pooler D. k., Wolfer T. A., Treeman M. L. (2014b), "Finding Joy in Social Work II: Intrapersonal Sources", *Social Work*, 59, 3, pp. 213–21, http://doi.org/10.1093/sw/swu020

Rizzo M. (2019), "Le emozioni nelle professioni di aiuto: diamo loro adeguato ascolto?", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 4, pp. 20–23

Schön D. A. (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari

Sicora A. (2021), *Emozioni e servizio sociale. Riconoscere, riflettere, agire*, Carocci, Roma

Tsang N. M. (2013), "Surprise in Social Work Education", *Social Work Education*, 32, 1, pp. 55–67, http://dx.doi.org/10.1080/02615479.2011.639357

LIBRI

Francesco Cappa, Angelo Villa (a cura di)
NEL SEGNO DI UNA CANZONE
Autobiografie musicali e formazione di sé
Mimesis, Sesto San Giovanni (MI), 2021

L'uso della cultura musicale nel mondo del lavoro educativo e nella letteratura pedagogica, quasi sempre legata al vasto repertorio cantautorale, è un riferimento importante, ma spesso viene solo evocata come suggestione e non esplorata nei suoi intrecci significativi. Stanchi del dibattito sull'educazione e sul lavoro dell'educatore, dell'insegnante, del formatore tutto concentrato sulla questione delle competenze e delle reciproche e aggressive legittimazioni, questo libro vuole riportare, in modo serio e scanzonato, il discorso educativo sul nesso fra senso dell'agire, immaginario e rielaborazione dei vissuti personali.

INDICE 2021

ANZIANI

Invecchiamento demografico e conseguenti bisogni socio-economici in Italia
V. Bartoli n. 2, p. 37

Il sociale prima dei servizi
S. Pasquinelli, F. Pozzoli n. 3, p. 1

Gli invisibili. Essere caregiver in Lombardia
G. Assirelli, S. Pasquinelli n. 3, p. 3

L'Italia che aiuta chiede servizi
S. Pasquinelli, G. Assirelli n. 3, p. 7

Badanti (e caregiver) dopo la pandemia
F. Pozzoli, S. Pasquinelli n. 3, p. 9

Dieci proposte per una nuova assistenza a domicilio in Lombardia
n. 3, p. 12

Legami familiari e cura degli anziani in Europa
E. Brenna n. 3, p. 14

Il settore del lavoro domestico in Europa
A. Boisseuil n. 3, p. 18

Il lavoro di cura in Francia, tra assunzione diretta e intermediazione
C. Ledoux n. 3, p. 20

Direct Payments, anziani e caregiver: il caso inglese
F. Pozzoli n. 3, p. 23

BUDGET DI SALUTE

Budget di Salute: dalle promesse alla realtà
C. Castegnaro, S. Pasquinelli, F. Pozzoli n. 1, p. 1

Il Budget di Salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria
F. Starace n. 1, p. 3

Il nuovo welfare di inclusione e i progetti personalizzati
G. Griffo n. 1, p. 5

Dopo di noi e budget di progetto: quali possibili declinazioni?
E. Gnan, C. Castegnaro n. 1, p. 8

Continuiamo a dire che "ci vuole un Progetto di Vita". Intervista a Marco Rasconi
A cura di F. Pozzoli n. 1, p. 11

Migliorare l'Indennità di accompagnamento (dentro il Budget di salute)
S. Pasquinelli n. 1, p. 13

La sperimentazione del Budget di salute in Toscana. Una prima valutazione
L. Caterino, M. Betti n. 1, p. 15

Budget di salute e Disabilità. Lavori in corso e indicazioni operative dalla Lombardia
M. Bollani n. 1, p. 19

Il Budget di Salute nell'esperienza inglese dei Personal Budget
F. Pozzoli n. 1, p. 21

Porre le persone al centro dei processi di cura. Oltre un consenso acritico
C. Francescutti n. 1, p. 24

CARCERE

Economia carceraria in Italia
E. Maglia n. 3, p. 38

DIPENDENZE

Io non sono uno spacciatore. Sono un consumatore, aiuto gli amici
R. M. Pavarin n. 3, p. 42

Abbi cura di lei. Donne, droghe e Servizi: l'originale assente
A. P. Lacatena n. 4, p. 12

DISABILITÀ

Budget di Salute: dalle promesse alla realtà
C. Castegnaro, S. Pasquinelli, F. Pozzoli n. 1, p. 1

Il Budget di Salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria
F. Starace n. 1, p. 3

Il nuovo welfare di inclusione e i progetti personalizzati
G. Griffo n. 1, p. 5

Dopo di noi e budget di progetto: quali possibili declinazioni?
E. Gnan, C. Castegnaro n. 1, p. 8

Continuiamo a dire che "ci vuole un Progetto di Vita". Intervista a Marco Rasconi
A cura di F. Pozzoli n. 1, p. 11

Migliorare l'Indennità di accompagnamento (dentro il Budget di salute)
S. Pasquinelli n. 1, p. 13

La sperimentazione del Budget di salute in Toscana. Una prima valutazione
L. Caterino, M. Betti n. 1, p. 15

Budget di salute e Disabilità. Lavori in corso e indicazioni operative dalla Lombardia
M. Bollani n. 1, p. 19

Il Budget di Salute nell'esperienza inglese dei Personal Budget
F. Pozzoli n. 1, p. 21

Porre le persone al centro dei processi di cura. Oltre un consenso acritico
C. Francescutti n. 1, p. 24

La disabilità ai tempi del COVID-19
R. Taberna n. 1, p. 26

DISUGUAGLIANZE E PARI OPPORTUNITÀ

Questioni di genere tra esiti della pandemia e accesso ai servizi
A. Casartelli, F. Merlini n. 4, p. 1

Cambio di strategia. Ripensare le politiche per le pari opportunità di genere
D. Oliva n. 4, p. 2

Violenza di genere: dall'analisi del fenomeno alle strategie di intervento
D. Loi, E. Paladino, F. Pesce n. 4, p. 5

L'esperienza del Centro LDV dell'Azienda USL di Modena. Il lavoro con gli uomini autori di violenze contro le donne nelle relazioni di intimità durante la pandemia COVID-19
M. Dotti n. 4, p. 8

Abbi cura di lei. Donne, droghe e Servizi: l'originale assente
A. P. Lacatena n. 4, p. 12

Lavorare con l'alta conflittualità genitoriale. Rappresentazioni di genere nel servizio sociale
G. Moretto, D. Mauri n. 4, p. 15

EMERGENZA COVID-19

La disabilità ai tempi del COVID-19
R. Taberna n. 1, p. 26

Il lockdown e il suo impatto su adolescenti e famiglie
F. Prosperini di San Pietro, A. Airoldi n. 1, p. 31

Parole per il 2021
a cura della Redazione di Welforum.it n. 1, p. 40

Covid e disuguaglianze nel mercato del lavoro
M. Samek Lodovici n. 2, p. 9

Le politiche sociali dopo la pandemia
C. Gori n. 2, p. 12

Validità ed efficacia terapeutica in età evolutiva al tempo del COVID-19
M. Pugliatti, M. Nardoni, G. Di Fausto n. 2, p. 33

L'importanza dell'innovazione sociale di fronte al COVID-19
Ó. M. Cabrera Galisteo, N. Martínez Vázquez n. 3, p. 34

Questioni di genere tra esiti della pandemia e accesso ai servizi
A. Casartelli, F. Merlini n. 4, p. 1

FAMIGLIA

Il lockdown e il suo impatto su adolescenti e famiglie
F. Prosperini di San Pietro, A. Airoldi n. 1, p. 31

La rete dei servizi per la genitorialità in condizioni di migrazione forzata in Calabria
F. Falcone n. 1, p. 36

Lavorare con l'alta conflittualità genitoriale. Rappresentazioni di genere nel servizio sociale
G. Moretto, D. Mauri n. 4, p. 15

INFANZIA E ADOLESCENZA

Spazio Neutro e Consultazione Partecipata. Un incontro possibile
B. Friia, F. Di Cesare n. 4, p. 32

Tra social media e social network Youngle: giovani che ascoltano giovani
D. Venturini, S. Alemanno, F. Stefano Santini n. 4, p. 37

LAVORO DI CURA

Il sociale prima dei servizi
S. Pasquinelli, F. Pozzoli n. 3, p. 1

Gli invisibili. Essere caregiver in Lombardia
G. Assirelli, S. Pasquinelli n. 3, p. 3

L'Italia che aiuta chiede servizi
S. Pasquinelli, G. Assirelli n. 3, p. 7

Badanti (e caregiver) dopo la pandemia
F. Pozzoli, S. Pasquinelli n. 3, p. 9

Dieci proposte per una nuova assistenza a domicilio in Lombardia
n. 3, p. 12

Legami familiari e cura degli anziani in Europa
E. Brenna n. 3, p. 14

Il settore del lavoro domestico in Europa
A. Boisseuil n. 3, p. 18

Il lavoro di cura in Francia, tra assunzione diretta e intermediazione
C. Ledoux n. 3, p. 20

Direct Payments, anziani e caregiver: il caso inglese
F. Pozzoli n. 3, p. 23

MALTRATTAMENTO E ABUSO

Violenza di genere: dall'analisi del fenomeno alle strategie di intervento
D. Loi, E. Paladino, F. Pesce n. 4, p. 5

L'esperienza del Centro LDV dell'Azienda USL di Modena. Il lavoro con gli uomini autori di violenze contro le donne nelle relazioni di intimità durante la pandemia COVID-19
M. Dotti n. 4, p. 8

Mobbing coniugale e alienazione parentale. Una ricerca tra vittime e operatori
M. T. Maragò n. 4, p. 28

POLITICHE SOCIALI

Parole per il 2021
a cura della Redazione di Welforum.it n. 1, p. 40

Welfare in cerca di futuro
E. Ranci Ortigosa n. 2, p. 1

Covid e disuguaglianze nel mercato del lavoro
M. Samek Lodovici n. 2, p. 9

Le politiche sociali dopo la pandemia
C. Gori n. 2, p. 12

Promuovere e sostenere il welfare di comunità
G. Fosti n. 2, p. 17

Coprogrammare, coprogettare e collaborare per cambiare
U. De Ambrogio n. 2, p. 19

Il digitale: la prossimità a distanza
L. Rossi n. 2, p. 21

Cambio di strategia. Ripensare le politiche per le pari opportunità di genere
D. Oliva n. 4, p. 2

PROFESSIONI SOCIALI

Il lavoro sociale in pandemia tra emergenza e riflessività
M. L. Piga n. 3, p. 30

L'assistente sociale di comunità
a cura del Gruppo di lavoro QuBì n. 4, p. 19

SALUTE E MALATTIA

I Gruppi di Cammino e la promozione della salute. La sfida digitale al tempo del COVID-19
S. Carraro, B. Ieva, C. Meroni, M. Muzzi n. 4, p. 24

SERVIZI SANITARI

Prepariamo il futuro del Servizio sanitario nazionale
V. Mapelli n. 2, p. 5

Validità ed efficacia terapeutica in età evolutiva al tempo del COVID-19
M. Pugliatti, M. Nardoni, G. Di Fausto n. 2, p. 33

La presa in carico integrata della cronicità nelle Case della salute della Romagna
AA. VV. n. 2, p. 28

SERVIZI SOCIALI

L'importanza dell'innovazione sociale di fronte al COVID-19
Ó. M. Cabrera Galisteo, N. Martínez Vázquez n. 3, p. 34

Lavorare con l'alta conflittualità genitoriale. Rappresentazioni di genere nel servizio sociale
G. Moretto, D. Mauri n. 4, p. 15

L'assistente sociale di comunità
a cura del Gruppo di lavoro QuBì n. 4, p. 19

TERZO SETTORE

Quale nuova normalità per il Terzo Settore?
A. Toscano, A. Brioschi n. 2, p. 24

WELFARE

Il nuovo welfare di inclusione e i progetti personalizzati
G. Griffo n. 1, p. 5

Parole per il 2021
a cura della Redazione di Welforum.it n. 1, p. 40

Welfare in cerca di futuro
E. Ranci Ortigosa n. 2, p. 1

Prepariamo il futuro del Servizio sanitario nazionale
V. Mapelli n. 2, p. 5

Covid e disuguaglianze nel mercato del lavoro
M. Samek Lodovici n. 2, p. 9

Le politiche sociali dopo la pandemia
C. Gori n. 2, p. 12

Promuovere e sostenere il welfare di comunità
G. Fosti n. 2, p. 17

Coprogrammare, coprogettare e collaborare per cambiare
U. De Ambrogio n. 2, p. 19

Il digitale: la prossimità a distanza
L. Rossi n. 2, p. 21

Contrasto alla povertà e livelli di welfare
G. Blasutig, C. Dessi, A. Salvati n. 3, p. 26

50 ANNI SENZA PERDERE IL FILO

Prospettive Sociali e Sanitarie

Campagna Abbonamenti 2022

TARIFFE DI ABBONAMENTO 2022

€ 89,00	€ 69,00	€ 59,00	€ 99,00
Enti pubblici e privati	Assoc. di volontariato e Coop. sociali	Privati	PRO

CCP 36973204 – IBAN IT85 N034 4001 6130 0000 0110 600 – www.prospettivesocialiesanitarie.it
Via XX Settembre 24, 20123 Milano – tel. 02 46764276 – fax 02 46764312 – pss.abbo@irsonline.it