

Allontanamento e sostegno nelle situazioni di Pronto Intervento

Relazione di Margherita Gallina

Assistente sociale

12 gennaio 2022

Il tema che abbiamo scelto per questo corso presenta notevoli difficoltà per l'operatore e per i responsabili dei servizi: sia per la gravità delle situazioni che si presentano sia perché la situazione richiede una capacità immediata di valutazione ed azione, capacità di discriminare tra ciò che è veramente urgente e un evento di crisi ricorrente. Sono le classiche situazioni che si presentano "fuori orario" e mettono a dura prova l'organizzazione.

Il titolo che ho scelto vuol sottolineare proprio la sfida che comportano queste situazioni: dover agire in tempi limitati mantenendo qualità nell'intervento. E nello stesso tempo teniamo presente l'insegnamento di Minouchin: "Qualsiasi input terapeutico che tenta di demolire un processo disfunzionale.. deve, al tempo stesso, sostenere emozionalmente le persone interessate." (Families and Family Therapy, London, 1974)

Il servizio di Pronto Intervento è previsto dalla 328/00 cap. V Sez I art. 22 comma 4 b (Interventi, servizi ed emolumenti economici del sistema integrato di interventi e servizi sociali), quindi le amministrazioni dovrebbero prevedere un vero e proprio sistema organizzato, non solo garantire la prestazione. Si dovrebbero individuare procedure, presidi, intese interistituzionali perché l'intervento d'urgenza non riguarda solo la categoria dei minori e famiglie di cui ci occupiamo oggi in particolare.

Definizione emergenza

Cerco prima di arrivare ad una definizione il più possibile precisa su cosa possiamo intendere con i termini emergenza e crisi. Nel concetto di crisi è implicito un significato di cambiamento (né negativo, né positivo in assoluto), la crisi può essere letta come passaggio evolutivo da una condizione ad un'altra.

Il nostro termine deriva dal verbo greco κρίνω, krino, ovvero "separare, decidere, scegliere" per esempio in una malattia una crisi può rappresentare il passaggio alla guarigione o la morte.

Si sottolinea quindi la natura fisiologica dell'evento, che può essere connessa ad una condizione di disagio generico o difficoltà permanenti delle persone (..è una famiglia in crisi), o alle fasi evolutive fisiologiche (adolescenza), non ad una vera e propria situazione di emergenza che richiede interventi tempestivi.

In altri casi la crisi si configura, al contrario, all'interno di una situazione di rischio acuto e di grave stress non gestibile dalle persone, che dobbiamo saper riconoscere. Sono situazioni improvvise e spesso transitorie in cui le persone sviluppano gravi disorganizzazioni di pensiero ed emozioni, hanno una percezione di impotenza di fronte agli avvenimenti che leggono come caotici. Crolla il funzionamento personale, percepiamo che non sono assolutamente in grado di far fronte a quanto sta accadendo e dobbiamo interrompere questo corto circuito perché si riproponga una nuova possibilità di scelta e di equilibrio personale e familiare.

Le categorie interessate, come detto, sono molte: minori, persone con problemi di salute mentale, donne, anziani, disabili e gli eventi scatenanti sono spesso di natura drammatica. Violenza sessuale, tentato suicidio, nascita bambino con grave handicap e i genitori che non sono preparati a questo evento non lo riconoscono (qui sappiamo bene dell'esistenza del rischio di pressioni indebite ed incaute nei loro confronti), fughe da casa o espulsione di adolescenti, abbandono minore, maltrattamento, comportamenti inadeguati e rischiosi per sé e per gli altri dei soggetti.

A volte gli operatori si trovano a far fronte a fenomeni più ampi, che non investono solo il singolo nucleo familiare, ma gruppi o intere comunità, come in presenza di esecuzione forzata di sfratti, o di immigrazione clandestina, che sono erroneamente definite emergenze poiché sono ampiamente prevedibili e da tempo presenti, o in altri casi di calamità naturali.

Oggi ci interessa trattare le emergenze che riguardano le famiglie con figli minori. La segnalazione dell'emergenza può pervenire, a più soggetti: ai Servizi territoriali (segretariato sociale di base, servizi di tutela minori, servizi psichiatrici ecc) o alla Forza pubblica (vigili, polizia, carabinieri) e proprio la natura estremamente complessa delle situazioni, impone la necessità di protocolli condivisi di collaborazione.

L'applicazione del 403

L'operatore spesso ha un tempo limitato (congruente con la gravità della situazione) per individuare la struttura più adatta, per preparare le persone a quanto avviene, per cercare comunque la loro collaborazione nell'esecuzione dell'intervento.

In presenza di una richiesta di un familiare o direttamente dell'interessato, la cosiddetta **richiesta spontanea** l'operatore ha una maggiore responsabilità, gli sviluppi successivi sono strettamente correlati alla sua valutazione, qui è importante non decidere da soli, anche se la situazione è sconosciuta all'assistente sociale dobbiamo pensare che non può essere sconosciuta a tutti (il medico di base, la scuola, la parrocchia...)

Problemi connessi con la richiesta spontanea

La richiesta spontanea non è priva di difficoltà, non solo per l'elevata responsabilità di valutazione che investe l'operatore, ma per le implicazioni che possiamo immaginare:

- Il rischio di una lettura soggettiva del problema da parte dell'utente che si presenta (presentazione di parte determinata da dinamiche familiari, in cui i soggetti propongono una visione con vittime, colpevoli, beneficiari del miglioramento che si desidera, ostacoli al miglioramento). L'operatore rischia di essere inglobato nella visione del segnalante senza che l'interessato ne sia informato
- La persona focalizza l'attenzione solo su individuo al centro della crisi e lo espone, magari stringendo alleanza con un referente ai danni di un altro soggetto della famiglia. Ricordo che ci troviamo in una posizione di debolezza: abbiamo poche informazioni, da una sola fonte, siamo obbligati agli interventi e nello stesso tempo dobbiamo tenere presente i diritti del cittadino (es. donne maltrattate)
- L'operatore ha difficoltà a modificare la lettura: ha la preoccupazione di perdere il cliente, di produrre una rottura se le sue domande che vogliono approfondire sono percepite come l'espressione di dubbi sull'attendibilità delle testimonianze.

Possiamo ipotizzare di usare alcuni accorgimenti: cercare di avere informazioni su tutta la famiglia, fare alcune domande utili, non tanto per il contenuto delle risposte, ma perchè ci chiariscono i loro rapporti (tipo: L'interessato è informato? Cosa direbbe se lo sapesse, La pensa come lei, Come reagirebbe alla visita di un a.s., Chi possiamo coinvolgere), chiarire con il segnalante le proprie responsabilità e limiti del nostro intervento dal punto di vista giuridico e deontologico.

Una questione che spesso sento riproporre e personalmente non condivido è invece il cosiddetto atteggiamento di *neutralità* nel conflitto. Nessuno di noi può essere realmente neutrale, impossibile negare che (in quanto persone) le emozioni ci condizionano e che, a fronte di un essere maltrattato non c'è dubbio che sentiamo di doverlo proteggere. Altro è dire che dobbiamo evitare alleanze pregiudiziali, o assumere una posizione moralmente giudicante. Dobbiamo piuttosto tener conto di quali e quanti elementi ci influenzano maggiormente nella nostra valutazione: ci sono situazioni di rischio che spaventano di più qualcuno e altri meno.

Cosa valutare

Se escludiamo le situazioni conclamate di abbandono (ad esempio un neonato abbandonato nel parcheggio) in cui non ci sono incertezze, non esiste ovviamente una ricetta semplice che ci permetta di capire facilmente quanto accade, molto è legato alla sensibilità dell'operatore, alla sua esperienza pregressa di queste situazioni, anche alle circostanze in cui si verifica, possiamo però far riferimento ad alcuni criteri, che certamente non sono esaustivi, ma ci danno una griglia di riferimento, di orientamento.

Certo è che l'assistente sociale si trova spesso ad essere accusata di due opposti comportamenti: eccessiva lentezza o fretta nelle decisioni.

1. Quantità e qualità dello stress

1.1 La natura dei problemi

- *Urgenza effettiva* : ad esempio ricordo il caso di una madre con crisi di panico che non vuole tornare a casa dal nido col bambino di ca. 20 mesi, la signora era in carico al CPS per crisi depressive, ma è persona autonoma, lavora ed è una madre adeguata. Le educatrici del nido chiamano il servizio sociale che a sua volta coinvolge il CPS (che non interviene..) non si trova nessuna disponibilità spontanea della rete più immediata. Non c'è dubbio che c'è necessità di intervenire, ma la presenza di una rete più strutturata avrebbe in questo caso evitato un ricovero del bambino, che poi si è prolungato oltre il ragionevole per i tempi di decisione del T.M.
- *Pericolosità*. È un elemento non facile da cogliere, perché non sempre c'è evidenza nei fatti e nei comportamenti, la cronaca purtroppo ne fa fede. Occorre effettuare un'attenta valutazione del rischio soprattutto se veniamo a conoscenza di comportamenti violenti pregressi.
- *Caratteristiche del bisogno*. Soprattutto la natura conflittuale che ha originato il problema
- *Epilogo di una lunga serie di difficoltà*. La crisi non nasce dal nulla, esiste un terreno fertile in cui si è alimentata e capirlo ci può aiutare a decidere, non è tanto la spiegazione causale che ci interessa (il perché) ma come si è sviluppata.

1.2 Capacità del soggetto/i coinvolti nel contesto familiare

- *Livello d'ansia*. L'impatto psicologico dell'evento che dà origine alla crisi e come è espresso. Ad esempio ricordo il caso, seguito da una bravissima collega, di una adolescente che si presenta spontaneamente al servizio, mai conosciuta e senza appuntamento, e rifiuta di rientrare a casa con argomento banale: un brutto voto, preso a scuola. Dice che il padre avrebbe reazioni tremende, ma l'atteggiamento di disperazione e il pianto sono tali da far sospettare altro, non certo un episodio apparentemente banale. Solo dopo averle dato tempo e aver parlato a lungo con lei emerge che la vera ragione della richiesta era la violenza sessuale in famiglia.
- *Percezioni e sentimenti dei soggetti implicati*. È il grado di pericolo da essi percepito o meno. È importante considerare in che misura le persone coinvolte percepiscano le emozioni (paura, rabbia, ostilità, minaccia, allarme...) rispetto a situazioni che a noi non preoccupano particolarmente, c'è una relatività nella percezione soggettiva del rischio di cui tener conto. Nella stessa situazione le persone tollerano o meno lo stress. È importante non sottovalutare il punto di vista della persona.
- *Disponibilità a collaborare con il servizio*. È connessa all'opinione che hanno del servizio, per precedenti conoscenze dirette o esperienze con altri servizi, a causa di stereotipi indotti spesso dalla stampa, o per una manifesta ostilità nei confronti dell'operatore.

In questi casi il rischio di sopravvalutazione o sottovalutazione è elevato.

2. Valutazione delle fonti di pressione

Nella decisione dobbiamo tener conto che siamo condizionati anche dalle pressioni che possono giungere dall'esterno, ad esempio:

- Caratteristiche dell'evento e clima conseguente (es. quartiere che si oppone all'allontanamento di un bambino maltrattato...identificazione con adulto, nessuna solidarietà col bambino)
- Pressioni per scelte in direzione "ideologicamente" definita (abbandono nel cassonetto e pressioni perché madre si presenti)
- Richieste da altri servizi
- Interesse all'evento da parte mass media o gruppi di potere (aumento delle domande di adozione, subito dopo disastri naturali)

3. Valutazione misure di protezione immediate e altri servizi da coinvolgere

Dobbiamo ricordare che le misure da adottare possono avere molteplici caratteristiche: sanitarie, legali, di accoglienza nei casi di allontanamento, che assumono particolari connotazioni a causa della drammaticità dei sentimenti, del caos per il numero di persone coinvolte, della sensazione di isolamento in cui spesso si trova l'a.s.

4. Valutazione del proprio comportamento e delle emozioni (vulnerabilità professionale e personale).

È altamente probabile che lo stress legato alle condizioni oggettive di intervento e l'elevato grado di coinvolgimento indicano nell'operatore comportamenti ed emozioni non facilmente controllabili, di cui è importante essere consapevoli

- Rabbia per l'ostilità degli utenti
- Ansia e senso di colpa (per non aver capito prima, aver sottovalutato...)
- Insoddisfazione per le soluzioni trovate (ci paiono sempre di risulta, anche se sono ottime strutture, perché c'era posto solo lì)
- Alleanza con una sola parte (il soggetto segnalante)
- Eccessiva esposizione del soggetto al centro della crisi

Quali attenzioni nei confronti del bambino e delle figure di riferimento

Il nostro lavoro è molto differente se il bambino e il genitore è conosciuto o no e il nostro rapporto si fonda su una relazione di fiducia.

Possiamo però comunque salvaguardare alcuni principi.

1. Principio del minor danno

Si tratta di un orientamento ben presente nella normativa e nella giurisprudenza. Il magistrato e l'operatore che deve decidere (nel superiore interesse del minore) si pone la domanda: qual è il minor danno per questo bambino? Restare nella sua situazione sia pure compromessa o essere allontanato? Credo che sia utile pensare ai nostri interventi in questi termini.

2. Ricerca consenso adulto di riferimento e del minorenne.

Occorre cercare sempre un consenso possibile. Raramente se si lavora in questa direzione il genitore si oppone e non collabora. La presenza del genitore che accompagna il figlio alla struttura (se non ci sono controindicazioni dal punto di vista del bambino) è certamente la condizione ottimale. E consentire al genitore di visitare il bambino anche presto (se non ci sono evidenti controindicazioni es. abuso) può rendere più semplice la sua collaborazione. Qui la tempistica stretta della riforma ci aiuta poiché impone l'emissione di un decreto in tempi brevissimi.

3. Presenza di una figura di fiducia che accompagna alla struttura (educatore del servizio, o insegnante..), ovviamente sempre l'assistente sociale.
4. Mantenimento e facilitazione dei rapporti familiari anche con altre figure parentali (nonni o zii).
5. Cura delle sue cose. A volte i bambini arrivano in comunità senza nulla di personale: le condizioni di urgenza o le circostanze fanno sì che non abbiamo con sé alcun oggetto, occorre recuperarli in un secondo momento, dare l'idea di continuità nella sua storia.
6. Accompagnamento all'ingresso in struttura. Simbolicamente è una vera e propria consegna: cosa dire della sua situazione, quali questioni in separata sede e cosa davanti al bambino. È importante che il bambino sappia che cosa gli educatori sanno di lui e della sua storia. Dobbiamo dire quanto è tollerabile, ma parlare apertamente dell'accaduto consente al bambino di poterne parlare quando ne ha voglia (si sente autorizzato dalla comunicazione che c'è stata tra adulti in sua presenza), lo deresponsabilizza dall'accaduto, gli evita l'onere di mentire per senso di lealtà verso i genitori.

7. Visite iniziali a.s. immediate e frequenti. Siamo tutti consapevoli dei carichi di lavoro, ma dopo un ricovero d'urgenza è importante che il bambino, soprattutto se non lo conosciamo, ci riveda la più presto: rappresentiamo il legame con la famiglia, la continuità della sua storia.

Bibliografia

Kieran O'Hagan L'intervento di crisi nei servizi sociali (Erickson 1986)