

Qualità della vita e rete sociale naturale

I BISOGNI DEI PAZIENTI PSICHIATRICI SONO COMPLESSI E MULTIFORMI E NON È PERTANTO POSSIBILE FORNIRE UNA RISPOSTA ADEGUATA SOLO CON LE RISORSE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL TERZO SETTORE. OCCORRE ATTIVARNE ALTRE, ESTERNE AL SISTEMA DEI SERVIZI, PER RISPONDERE IN MODO EFFICACE ALLA DOMANDA DI INTEGRAZIONE SOCIALE ESPRESSA ANCHE DAGLI UTENTI PIÙ GRAVI COME DIRITTO DI CITTADINANZA.

Si sono ormai affermati anche in psichiatria progetti che considerano l'integrazione tra il sistema formale dei servizi e il sistema informale (terzo e quarto settore) uno strumento indispensabile nella cura dei pazienti. Essendo i bisogni dei pazienti psichiatrici complessi e multiformi non è possibile pensare di fornire una risposta adeguata solamente puntando sulle risorse, sulle forze e sulle competenze e specificità sia dei servizi pubblici, sia di quelli del terzo settore. Occorre attivare risorse del tutto esterne al sistema dei servizi per rispondere in modo efficace alla domanda di integrazione sociale espressa ormai anche dagli utenti più gravi come diritto di cittadinanza. Tali risorse sono reperibili nella comunità locale.

Da tempo è vivo il dibattito se abbia ancora senso parlare di comunità locale, intesa come luogo delle relazioni primarie. Sempre più l'importanza della comunità locale, intesa nel concreto come insieme di reti di vicinato, di quartiere, sembra essere nella vita umana in declino, a favore dell'affermazione di reti di persone che si identificano su base funzionale, di classe, ideologica o di condivisione di interessi. Fenomeni sociali quali la mobilità delle persone e la diffusione di strumenti di comunicazione sempre più complessi hanno contribuito a rendere possibile questo processo, che ha anche significato in parte la liberazione dell'uomo da vincoli ascrivibili. Questo cambiamento inteso in senso positivo ha sicuramente reso l'uomo più libero di scegliere e di autodeterminarsi, d'altra parte questo ha significato per soggetti deboli da un punto di vista sociale una maggiore

Laura Morazzoni assistente sociale Dsm
Gabriella Marangelli consulente
Programma Reti sociali naturali
AO Ospedale Niguarda Cà Granda,
Centro psico-sociale ex zone 7 e 8

difficoltà a instaurare legami sociali, esponendoli a un maggiore rischio di emarginazione e isolamento.

Il programma "Reti Sociali Naturali" si basa sulla valorizzazione delle risorse naturali della comunità locale, affondando le sue radici nella teoria sociale della *community care*, all'interno della quale troviamo altre metodologie di lavoro attinenti quali l'auto-aiuto, l'affidamento eterofamiliare e l'educazione tra pari.

LA RETE SOCIALE NATURALE

La rete sociale naturale ha una funzione positiva sul benessere psicofisico di una persona e svolge un importante ruolo nell'integrazione sociale di un individuo e nel percorso riabilitativo di riduzione delle disabilità che interferiscono con le prestazioni sociali, nonché nel miglioramento della qualità della vita degli individui socialmente marginali e in difficoltà psichica.

Fanno parte della rete sociale naturale sia i familiari, sia le persone che gravitano intorno all'utente per vicinanza affettiva o geografica. Queste persone, che costituiscono il quarto settore, partecipano a pieno titolo (anche giuridico in base alla legge quadro 328/00) alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali alla persona.

Le reti sociali svolgono nei confronti della persona un importante ruolo di *social support* con funzioni di promozione e tutela del benessere individuale e di protezione da diverse forme di disagio. Se questo vale per tutte le persone, a maggior ragione per le persone affette da disagio psichico il rapporto tra le caratteristiche della rete

sociale personale e il livello di benessere è diretto.

Spesso però è necessario un lavoro di promozione, di sostegno, di ampliamento della rete, così come di collegamento tra i suoi diversi nodi, affinché la rete sia effettivamente in grado di supportare positivamente la persona in difficoltà e affinché nessun nodo si trovi a dover sostenere interamente il carico assistenziale. Questo vale soprattutto per quegli utenti caratterizzati da disabilità e grave emarginazione sociale, le cui reti sono spesso ristrette e fragili. Tale lavoro con e per la rete sociale naturale del paziente è compito specifico dei servizi formali di cura.

DISAGIO PSICHIATRICO E RETE SOCIALE NATURALE Promozione delle risorse potenziali

Queste riflessioni teoriche e culturali sono alla base di un programma realizzato come Iniziativa sperimentale nel triennio 1999-2001. Tale programma, partendo dalla considerazione che nel contesto abitativo degli utenti più disagiati si incontrano spesso persone che si occupano spontaneamente e a vario titolo e in varie forme dei pazienti loro vicini di casa, propone di trovare all'interno della rete sociale naturale degli utenti dei servizi psichiatrici "risorse nascoste", persone cioè disponibili a collaborare con i servizi.

L'ente promotore dell'IS è stata l'Azienda ospedaliera di Niguarda a Milano, che ha partecipato con il Cps di zona 7/8, il Cps di zona 9 e l'Uop ex OP Paolo Pini. Partners nell'iniziativa sono stati l'AO Fatebenefratelli (Cps zona 3), l'AO San Paolo (Cps zona 14), L'AO Sacco (Cps zona 19/1, Cps zona 20). La copertura finanziaria del progetto e la verifica sulla sua attuazione sono stati garantiti dalla Regione Lombardia.

Diamo qui di seguito un resoconto dell'esperienza conclusa.

Obiettivo e metodologia

L'obiettivo del progetto è stato quello di promuovere l'attivazione di risorse all'interno della rete sociale naturale di un'utenza caratterizzata da marginalità sociale e disabilità psichica grave, al fine di migliorarne la qualità della vita anche attraverso un miglior utilizzo della rete stessa da parte dell'utente isolato.

Il progetto ha previsto una forma di affidamento leggera, flessibile e non residenziale dei pazienti ai facilitatori naturali, cioè persone, individuate all'interno della rete sociale naturale del paziente, disponibili a collaborare con i servizi al fine di sostenere l'utente

nella soddisfazione dei suoi bisogni primari e secondari e di promuovere esperienze di integrazione sociale. L'affidamento prevedeva la possibilità di un contributo economico, inteso sia come forma di riconoscimento per l'impegno profuso dal facilitatore, sia come strumento per consentire una opportuna articolazione e diversificazione del programma individuale. Il ruolo del facilitatore era quello di diventare per il paziente un punto di riferimento sia pratico, sia affettivo, di contribuire alla rottura dell'isolamento sociale in cui spesso il paziente si ritrova, aiutandolo a mantenere o a stringere legami con la propria comunità di appartenenza. Nel progetto sono stati arruolati sia facilitatori che avevano già in corso una significativa relazione d'aiuto con un paziente, che però sentivano il bisogno di essere sostenuti anche dal servizio, sia persone che, avendo avuto rapporti con il paziente in passato oppure limitandosi a uno sporadico e superficiale rapporto con il paziente, erano desiderosi di partecipare al progetto e di potenziare il proprio impegno. Il facilitatore veniva individuato tramite colloqui approfonditi con il paziente e i suoi familiari, il curante e/o altri operatori, vicini di casa o amici individuati dal servizio e/o segnalati dall'utente.

Articolazione del progetto

Il progetto si è articolato nelle seguenti fasi:

1) Reclutamento dei pazienti e dei facilitatori

Sono stati scelti pazienti con una diagnosi psichiatrica codificabile, alti utilizzatori dei servizi e con un rapporto con gli operatori consolidato. Sono state scelte persone generalmente sole, con una forte compromissione delle abilità sociali e con scarsa capacità di utilizzare le risorse sociali del quartiere. Inoltre, i pazienti sono stati valutati in rapporto alla loro capacità di adesione al progetto.

Rispetto alla diagnosi è stata data priorità agli utenti affetti da schizofrenia e disturbi della personalità. I facilitatori naturali sono stati individuati tra i cittadini che abitavano nello stesso quartiere del paziente (escludendo i familiari dello stesso) e si caratterizzavano principalmente per essere persone fortemente radicate nel tessuto sociale del quartiere.

L'affidamento dei pazienti al facilitatore naturale era inteso a titolo personale. Per questo motivo, i volontari appartenenti ad associazioni, che operano in quanto tali, sono stati anch'essi esclusi. È stato previsto l'affidamento ad ogni facilitatore di non più di due

pazienti contemporaneamente.

2) Formazione dei facilitatori

Attraverso la formazione non ci si è posti l'obiettivo di rendere i facilitatori dei "professionisti" dell'assistenza in quanto questo ne avrebbe snaturato le peculiarità. Piuttosto sono state fornite loro le necessarie informazioni per poter svolgere al meglio il proprio compito e per sviluppare le potenzialità personali. Successivamente agli incontri iniziali si è continuato a mantenere il rapporto con i facilitatori come gruppo attraverso una serie di incontri itineranti tra i vari Cps coinvolti nella iniziativa.

3) Fase operativa

Tra l'équipe curante e i facilitatori sono stati stesi degli accordi relativi ai programmi individuali da realizzare con il paziente. Tali accordi venivano rivisti ogni tre mesi.

All'interno del contratto venivano programmate le verifiche e i momenti di confronto tra utente, facilitatore ed équipe curante incentrate sulle modalità di interazione tra facilitatore e paziente.

I programmi individuali hanno visto l'intervento del facilitatore in diverse aree. Le principali sono state: ampliamento della rete sociale e conoscenza-utilizzo delle risorse del quartiere, accudimento del paziente e mantenimento delle capacità residue, attività di occupazione del tempo libero, riduzione della conflittualità con il vicinato e monitoraggio delle condizioni di salute, anche fisica.

Strumenti valutativi del progetto

È stata prevista una attività di valutazione caratterizzata per essere mirata, impiegare strumenti validati, non essere eccessivamente gravosa e non interferire sul naturale corso dei programmi intrapresi. L'obiettivo era da una parte quello di misurare i cambiamenti sia nell'ambito terapeutico-riabilitativo, sia nel livello della qualità della vita dei pazienti, dall'altra di ottenere un quadro più preciso delle reti di relazioni dei pazienti.

ESITI DEL PROGETTO

Gli utenti coinvolti nel progetto sono stati 53, di cui 31 sono stati inseriti in programmi individuali, collegati a 26 facilitatori. I programmi conclusi sono stati 12, di cui 6 per termine del progetto individuale e 5 per sospensione del progetto, causa scioglimento del contratto con il facilitatore.

I pazienti reclutati si sono caratterizzati per appartenere prevalentemente al sesso femminile, per avere un'età intorno ai 55 anni, per avere una gravità psicopatologica piuttosto elevata e una

forma clinica attiva protratta o residuale, con frequenti patologie fisiche concomitanti. La maggior parte degli utenti erano alti utilizzatori e lungo assistiti dei servizi, nessuno era occupato e la maggior parte viveva da solo, se pur in condizioni economiche discrete.

I facilitatori reclutati si sono caratterizzati per appartenere nella maggioranza al sesso femminile ed avere un'età media tra i 50 e i 60 anni. Si è trattato prevalentemente di vicini di casa o di conoscenti-amici del paziente che hanno recuperato, intensificato o maggiormente strutturato il proprio rapporto con la persona. Ad ognuno di essi è stato riconosciuto un contributo per le spese e di riconoscimento dell'impegno sostenuto, di circa Euro 120,00 al mese. Il contributo è stato mantenuto volutamente basso per renderlo uno strumento flessibile e sostenibile eventualmente anche dal soggetto.

Dagli strumenti descrittivi e di analisi delle reti sociali naturali dei pazienti emerge una intensa e diffusa condizione di marginalità e di assoluta fragilità.

La rete sociale risulta essere problematica nella maggior parte dei casi, anche se in alcuni casi, pur essendo ristretta dal punto di vista del numero di legami, riesce ancora a svolgere un ruolo supportivo. In questo caso è però a rischio se i nodi della rete appartengono tutti allo stesso gruppo sociale (ad esempio i familiari o i servizi).

La tipologia dei progetti si è equamente distribuita tra progetti con finalità di miglioramento delle abilità di base e progetti con finalità di risocializzazione. La durata dei progetti sembra indipendente dalla tipologia e la maggioranza dei progetti si è collocata nella fascia superiore ai due anni, prefigurando un intervento del facilitatore più caratterizzato dallo sviluppo di una relazione significativa con l'utente e da un affiancamento progressivamente progettuale. Ciò è ragionevole se si pensa alla difficoltà di entrare in rapporto con le persone e alla difficoltà di smuovere situazioni di paralisi progettuale, di auto abbandono e di deriva sociale.

Gli esiti clinici del progetto sono stati valutati nei termini di miglioramento della qualità della vita, attraverso la scala Whoqol-breve dell'Oms.

È stato, infatti, considerato che, date le finalità del progetto, la sua natura sperimentale e la prevalenza di utenti in condizioni di isolamento e regressione, il principale bersaglio dei programmi individuali non dovesse essere tanto la riabilitazione quanto prioritariamente un maggior benessere

in termini di fiducia e serenità. Anche la possibilità per gli utenti di poter contare su una persona disponibile emotivamente ed accessibile geograficamente, poteva migliorare le loro condizioni generali di vita ed essere misurabile in termini di qualità della vita.

Rispetto ai valori totali delle scale somministrate efficacemente ai 21 utenti si osserva un andamento progressivamente migliorativo in 11 casi, un andamento incostante in 6 casi, un andamento peggiorativo in 4 casi.

Rispetto alle sub-aree si nota una variazione migliorativa più significativa nell'area psicologica e delle relazioni sociali, meno nell'area fisica e nell'area ambientale. Correlando l'esito globale alle Whoqol totali con alcune variabili relative al soggetto, si ottengono delle corrispondenze di un certo interesse, ancorché non statisticamente significative. Da questi dati emergerebbe un miglioramento più significativo a carico di utenti con età e gravità intermedie, disegnando così la tipologia dei soggetti elettivi per questo genere di approccio. Miglioramenti decisamente più ridotti sono a carico degli utenti di gravità elevata. I programmi più efficaci risultano essere quelli realizzati da persone che abitano nello stesso quartiere e che seguono l'utente per periodi prolungati. I vicini di zona nel ruolo di facilitatori sembrano essere più efficaci dei vicini di casa. Tale dato si può attribuire a fattori motivazionali, più elevati nel vicino di zona rispetto ai vicini di casa. I vicini di casa infatti non possono fare a meno di occuparsi dell'utente, in quanto questi rappresenta comunque un proprio vicino con cui il contatto è quasi inevitabile, inoltre in molti casi è stato lo stesso servizio psichiatrico a coinvolgerli ed a sollecitarli direttamente ad entrare nel progetto. Al contrario, il vicino di zona, se accetta di occuparsi di una persona che non abita nella propria casa, è perché trattasi di persona motivata da un'inclinazione solidaristica e l'adesione al progetto rappresenta una scelta più libera. In aggiunta al fattore motivazionale non è nemmeno trascurabile la possibilità di un effetto positivo della distanza geografica sulla distanza emotiva: i vicini di casa essendo troppo coinvolti personalmente e con le loro famiglie non sempre riescono a stabilire legami caratterizzati da una giusta distanza emotiva.

CONCLUSIONI

Numerosi sono gli aspetti positivi che hanno caratterizzato in generale questa iniziativa sperimentale:

- l'impatto positivo sugli utenti, che hanno risposto molto bene agli stimoli

e all'approccio di "care naturale" che ha caratterizzato l'intervento dei facilitatori;

- l'appropriatezza dell'intervento effettuato, in quanto trattasi di intervento riabilitativo e di risocializzazione individualizzato e specifico;

- la scoperta di inaspettate risorse nascoste nel territorio, ovvero la scoperta di numerose persone che non si muovono sulla base di interessi economici o di appartenenze associative, che sono in grado di mantenere una posizione adeguata tra l'ipercoinvolgimento ed il disinteresse e, soprattutto, che si sono rivelate disponibili, interessate e capaci di collaborazione con i servizi psichiatrici;

- l'alleggerimento del servizio dal carico di alcuni interventi di difficile erogazione per difficoltà legate all'obiettivo (risocializzazione, ad esempio), alle risorse (accudimento, intrattenimento) o all'esaurimento di investimento sull'utente. I servizi hanno potuto migliorare la qualità degli interventi professionali al domicilio, razionalizzandoli in termini di efficacia ed efficienza;

- il recupero dell'attenzione da parte dei servizi sui microcontesti di vita dell'utente, nonché sui contesti di quartiere. Infatti, in un'epoca di riduzione delle risorse, i servizi riescono sempre meno a intervenire sul territorio;

- il buon rapporto costo-efficacia del progetto: il progetto si è sviluppato con costi estremamente contenuti.

Allo stesso tempo si sono evidenziate alcune aree critiche sulle quali occorre proseguire nella riflessione teorica e metodologico-operativa.

- L'erogazione del contributo economico ai facilitatori.

Il contributo economico è stato vissuto in alcuni casi come una preziosa risorsa che poteva arricchire la relazione tra il paziente e il facilitatore, in altri ha creato tensioni e atteggiamenti rivendicativi. Dall'esperienza di alcuni progetti di *community care* in Inghilterra alla fine degli anni Ottanta, che prevedevano un modesto incentivo economico per quei vicini che svolgevano la funzione di *natural helper*, era emerso come la retribuzione non interferiva con il carattere informale del servizio, ma al contrario ne potenziava la qualità e l'affidabilità. Altre esperienze estere di affidamento eterofamiliare nell'ambito della salute mentale hanno evidenziato che la retribuzione della famiglia libera il paziente da sentimenti di riconoscenza troppo gravosi da sopportare e mette la famiglia al riparo dalla possibile frustrazione causata dalla scarsa gratitudine dimostrata dall'ospite o dall'insuccesso dell'affidamento. D'al-

tra parte, gli incentivi economici, oltre una certa misura, potrebbero assumere maggior rilievo delle motivazioni solidaristiche, facendo perdere alla relazione tra assistito e *natural helper* il carattere distintivo della naturalità, che risiede nella relazionalità e nello scambio emotivo, per trasformarsi in un lavoro insufficientemente retribuito. Inoltre, la retribuzione del *natural helper* potrebbe farlo percepire all'assistito come "interessato" a livello economico, più che relazionale. Dunque è il livello di retribuzione a costituire un fattore cruciale, insieme a valutazioni attinenti alle caratteristiche psicopatologiche dell'utente.

- La ricerca del facilitatore all'interno della rete sociale naturale del paziente.

L'esplorazione della rete sociale naturale del paziente non può essere condotta in modo superficiale. È necessario individuare strumenti di indagine specifici che conducano l'operatore e il paziente a una approfondita riflessione e conoscenza congiunta della rete sociale naturale del paziente. La riflessione ha l'obiettivo principale di aumentare la consapevolezza rispetto alle potenzialità e ai limiti espressi dalla rete. Tali strumenti sono in parte reperibili nelle ricerche più innovative e moderne della psichiatria sociale, ma in particolare sono frutto di ricerche applicative in campo sociale. A tale scopo sarebbe interessante realizzare ricerche-azione e/o ricerche-intervento centrate sul ruolo di *social support* delle reti sociali naturali in ambito psichiatrico.

- La ricerca di un punto di equilibrio tra naturalezza e formalizzazione della relazione utente-facilitatore.

I facilitatori hanno presentato atteggiamenti diversificati e composti nei confronti della formalizzazione dei programmi, con casi di resistenze (programmi scritti vissuti come eccessivamente responsabilizzanti o come inutili data la indiscussa disponibilità ad occuparsi dell'utente) oppure viceversa di enfattizzazione del proprio ruolo che veniva avvertito come molto prossimo a quello di un operatore professionale.

Nella collaborazione con i *natural helper*, i servizi formali devono vigilare che il loro aiuto non crei dipendenza, che non si trasformi in una forma di controllo o faccia perdere la loro identità specifica; può anche accadere che siano proprio gli operatori sociali a delimitare e ridurre l'attività dei *natural helper*, agendo da supervisor. È dunque necessario che i servizi formali operino con modalità indirette, caute e poco invadenti. Infatti, interventi auto-referenziali dei *natural helper* possono talvolta avere ricadute negative sulla

persona in difficoltà; così come la relazione tra *natural helper* e assistito può deteriorarsi se il *natural helper* non riesce a far fronte alle richieste dell'assistito quando diventano eccessive. In questi casi si rende necessario l'intervento di supervisione dell'operatore professionale di rete il cui obiettivo è proprio quello di lavorare sulla rete nel suo complesso affinché si crei una dimensione collettiva, pur nel rispetto delle differenze di ognuno, e nessun nodo proceda isolatamente.

- L'attenzione alle dinamiche relazionali che si sviluppano all'interno della rete utente-facilitatore-servizio.

Le principali dinamiche relazionali problematiche che si sono verificate nella rete sono state: l'isolamento della coppia utente-facilitatore dal contesto comunitario, gli scivolamenti nell'onnipotenza da parte del facilitatore, la deresponsabilizzazione da parte del servizio, la passività dell'utente e il *burn-out* del facilitatore.

Affinché i programmi individuali funzionino realmente occorre dunque che all'interno della rete utente-facilitatore-servizio si creino equi scambi (di aiuto e di sostegno, solidaristici, economici, di informazioni e di competenze) fondati sul reciproco rispetto e sulla reciproca fiducia. L'altra condizione essenziale è che la relazione abbia una continua tensione all'apertura e al nutrimento dall'esterno.

- Il potenziamento del livello di contrattualità dell'utente.

Un obiettivo del progetto era il potenziamento della capacità contrattuale dei cittadini-utenti nei confronti dei servizi e nei confronti delle persone che gravitano nella loro rete di appartenenza e la promozione della partecipazione attiva degli utenti al programma terapeutico. Rispetto a questo obiettivo il progetto ha evidenziato alcuni nodi problematici ancora da sciogliere. Prima di tutto è problematico far in modo che sia il paziente a "governare" attivamente il suo progetto.

Nei servizi gli utenti, soprattutto se gravi e marginali, sono abituati a ricevere o a pretendere, ma quasi mai a contrattare. È necessario uscire da questo rapporto unidirezionale e promuovere una reale capacità contrattuale che l'utente sia in grado di esercitare nel servizio, ma anche fuori da questo.

Gli esiti positivi dell'esperienza e il patrimonio di riflessioni teoriche e metodologiche che la realizzazione dell'Iniziativa sperimentale ha permesso di elaborare sono confluite in un progetto che il Dsm dell'Azienda ospedaliera Niguarda di Milano, in collaborazione con il Comune di Milano, ha avviato nel

mezzo di settembre del 2002, con il titolo *Reti sociali naturali: un programma per il miglioramento della qualità della vita dei cittadini affetti da disagio psichico*.

Tale progetto, della durata di tre anni, si rivolge in forma prioritaria agli utenti dei servizi di salute mentale afferenti all'AO Niguarda e ha previsto la costituzione di un'équipe di progetto stabile con sede presso il Polo territoriale (ex zone 7 e 8) della Uop 47 a Milano.

Il nuovo progetto è simile a quello

precedente nella sostanza e nei presupposti teorici, ma sono stati ulteriormente definiti gli strumenti metodologici e di monitoraggio delle coppie, è stato in parte rivisto l'impianto valutativo tramite la collaborazione con l'Istituto di ricerca farmacologia Mario Negri di Milano ed è stato meglio dettagliato il rapporto tra il servizio psichiatrico inviante l'utente e l'équipe del progetto, al fine di meglio definire ruoli e competenze di ciascuno ed evitare deresponsabilizzazioni o sovrapposizioni.

SEGNALAZIONI

A. Pignatto, C. Ragazzo

ORGANIZZAZIONE E QUALITÀ NEI SERVIZI SOCIO SANITARI

Carocci Faber, Roma, 2002, pp. 221

È indubbio che il mondo dei servizi socio-assistenziali negli ultimi tempi sia stato sottoposto a pressioni che gli erano finora ignote.

Prendendo le mosse dalla constatazione che molte delle sfide e pressioni che si trovano oggi ad affrontare gli operatori dei servizi sono state già fronteggiate nel mondo industriale, il volume presenta i modelli e gli studi classici sulla sociologia dell'organizzazione, e tenta di spiegare come si possono applicare al mondo dell'assistenza socio-sanitarie concetti come miglioramento della qualità, marketing, soddisfazione dell'utente.

A. Panico, M. Sibilla (a cura di)

PIANETA MINORI

Analisi e proposte per un equilibrato sviluppo

Armando, Roma, 2002

La componente più giovane della popolazione, quella minorile, necessita più delle altre di promozione e tutela. Solitamente l'attenzione riservata ai minori è limitata o alla constatazione dell'escalation di eventi criminosi compiuti o alla denuncia di abusi da essi subiti. Solo di recente, il sorgere di una embrionale cultura dell'infanzia, testimoniata nel nostro Paese dalla innovativa legge 285/97, sta favorendo la riflessione sul "pianeta minori" in termini di analisi e proposte operative di tipo puerocentrico. È questo il contesto all'interno del quale si inserisce il presente strumento didattico, realizzato attraverso vari contributi che seguono ottiche d'indagine differenti, proprie di ciascun ambito disciplinare, con una logica che va dalla macro alla micro analisi.

L. Pucci, E. Vergani (a cura di)

IL BILANCIO SOCIALE NEL TERZO SETTORE

Egea, Milano, 2002, pp. X+182

Perché fare il bilancio sociale in un'organizzazione di Terzo settore? Come si declina il concetto di "responsabilità sociale" nelle imprese che non hanno come finalità primaria il profitto? E, soprattutto, come si costruisce il bilancio sociale? Il volume propone delle risposte presentando un modello che, avendo a riferimento esperienze nel mondo del profit, nazionali ed internazionali, si è sviluppato nel contesto specifico del Terzo settore (con alcune più recenti incursioni nel settore pubblico). Pensato per dirigenti, operatori, consulenti e formatori di organizzazioni non profit, il volume, che si apre con una discussione sulle questioni teoriche di fondo e si chiude con una breve disamina di alcune questioni aperte, può offrire spunti di riflessione e indicazioni operative a chi più in generale si occupa di ricerca e consulenza in materia di bilancio sociale.

AA. VV.

SETTIMO RAPPORTO SULLE MIGRAZIONI 2001

Angeli, Milano, 2002, pp. 335

Questo Rapporto, giunto ormai alla sua settima edizione, vuole costituire uno strumento di informazione e di aggiornamento che si alimenta soprattutto delle ricerche e delle analisi svolte dalla Fondazione per le Iniziative e lo Studio sulla Multietnicità, nonché dell'esperienza accumulata attraverso un'intensa attività di formazione e supporto rivolta in particolare al mondo della scuola e alle amministrazioni locali.