



DOTTORATO DI RICERCA

SOCIOLOGIA E METODOLOGIA DELLA RICERCA SOCIALE

CURRICULUM DISCIPLINE DEL SERVIZIO SOCIALE

XXVI CICLO

Università degli studi di Milano Bicocca

Genitorialità e patologia psichiatrica:

sfide professionali tra sostegno e tutela.

Dottoranda:

Barbara ROSINA

matr. 744519

Tutors:

Prof. Carla FACCHINI

Prof. Silvia Nicoletta FARGION

Coordinatrice:

Prof. Carmen LECCARDI

Indice-Sommario

Pag.		
3		Indice-Sommario
7		Abstract
9		Ringraziamenti
10		Introduzione
		<i>PARTE PRIMA</i> <i>Famiglia, minori,</i> <i>competenze genitoriali, patologia psichiatrica.</i>
29		<i>Primo Capitolo</i> <i>La parola al diritto</i>
30	1	La tutela giuridica della famiglia
34	2.	La tutela giuridica del minore
38	3.	Dalla tutela giuridica del minore alla tutela della famiglia
		<i>Secondo Capitolo</i> <i>Famiglie buone e cattive famiglie.</i> <i>Riflessioni e teorizzazioni sulla valutazione delle famiglie.</i>
46	1.	Cenni sulla teoria dell'attaccamento
48	2.	Il concetto di genitorialità 2.1. Aspetti psicologici delle funzioni parentali – 50-
54	3.	Minori a rischio 3.1. le caratteristiche del maltrattamento - 54- 3.2. rischi per i minori famiglie problematiche - 59-
64	4.	Fattori di rischio e fattori protettivi nello sviluppo dei bambini 4.1 I fattori di rischio - 65- 4.2. I fattori di protezione - 67 -

68	5.	Il sostegno alle competenze genitoriali
<i>Terzo Capitolo</i> <i>Patologia psichiatrica e genitorialità: riflessioni e teorie</i>		
76	1.	Considerazioni sulla patologia psichiatrica in relazione alla genitorialità 1.1. I disturbi di personalità - 79 - 1.2. I disturbi d'ansia - 80 - 1.3. I disturbi dell'umore - 81 - 1.4. I disturbi dell'area psicotica - 83 -
86	2.	L'influenza della psicopatologia psichiatrica sulle competenze genitoriali. Fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti
90	3.	I rischi per i figli di genitori affetti da patologia psichiatrica
95	4.	Il sostegno al genitore affetto da patologia psichiatrica
98	5.	Sistema servizi tutela minori pubblici e privati e sistema servizi specialistici pubblici per la salute mentale: collaborazione inter-istituzionale in presenza di genitori con patologia psichiatrica.
<i>PARTE SECONDA</i> <i>La ricerca</i>		
<i>Quarto Capitolo</i> <i>La ricerca. Note metodologiche</i>		
105	1.	Gli obiettivi della ricerca
107	2.	Riepilogo delle attività svolte
108	3.	La ricerca sul campo
109	4.	La selezione degli intervistati
112	5.	Descrizione degli intervistati 5.1. gli assistenti sociali intervistati- 112 - 5.2. gli psichiatri intervistati- 113 -
113	6.	Le interviste: costruzione ed analisi del materiale empirico
<i>Quinto capitolo</i> <i>Interventi e strumenti professionali a sostegno di genitori pazienti psichiatrici.</i>		

118	1.	Gli interventi di sostegno e tutela 1.1. il supporto infermieristico domiciliare. Gli infermieri “portatori sani” di fiducia - 120 - 1.2. Gli interventi di educativa territoriale tra pubblico e privato sociale - 125 - 1.3. L’assistenza domiciliare - 130 - 1.4. L’affidamento intro ed etero familiare e l’affidamento professionale tra cultura professionale e contrazione delle risorse - 134 - 1.5. L’inserimento in comunità per minori e le strutture madre-bambino - 138 - 1.6. La segnalazione all’Autorità Giudiziaria: obbligo, strumento, sfondamento del limite - 144 -
148	2.	Gli strumenti professionali di sostegno alle competenze genitoriali. I colloqui professionali di servizio sociale e i colloqui psichiatrici. 2.1. I colloqui professionali di servizio sociale - 148 - 2.2. I colloqui psichiatrici - 149 - 2.3. Gli obiettivi dei colloqui professionali di servizio sociale - 150 - 2.4. Gli obiettivi dei colloqui psichiatrici - 156 -
160	3.	Il senso del proprio lavoro: operatori in precario equilibrio. 3.1. Il sovraccarico di lavoro - 161 - 3.2. Il contrasto tra valori - 163 - 3.3. La mancanza di controllo del proprio lavoro - 164 -
167	4.	Possiamo davvero aiutare i genitori? I limiti di interventi e strumenti professionali.
173	5.	Il sostegno alle competenze parentali dei pazienti psichiatrici: assistenti sociali e psichiatri tra teoria e prassi
177	6.	Sintesi dei principali risultati conoscitivi
<i>Sesto capitolo</i> <i>Su un’unica scrivania. La collaborazione e le équipe integrate.</i>		
184	1.	Il lavoro di équipe.
190	2.	La collaborazione tra riconoscimento e squalifica.
194	3.	La necessità della collaborazione: arrampicate in cordata e in solitaria.

198	4.	<i>Do ut des</i> : cosa cerco e cosa porto nella collaborazione.
207	5.	Il crocevia di diverse culture professionali.
213	6.	Sintesi dei principali risultati
219	<i>Riflessioni conclusive</i>	
Riferimenti		
236	Bibliografia	
251	Riferimenti normativi	
Allegati		
256	Traccia delle interviste	

Abstract

Le problematiche fronteggiate da famiglie con bambini piccoli nelle quali un genitore presenta problemi di malattia mentale sono complesse (Alakus et al. 2007) e richiedono interventi integrati basati sulla partnership tra professionisti e servizi con mandati istituzionali differenti (Devaney, 2008; Sheehan, R. 2005; Wilson and Horner, 2005; Mowbray et al 2000, Fargion 2007).

Famiglie nelle quali uno o entrambi i genitori hanno una malattia mentale necessitano di sostegno ed interventi particolari.

L'attenzione alla complessità di situazioni caratterizzate dalla presenza di una patologia psichiatrica certificate è connessa tanto all'incidenza del fenomeno quanto alla necessità di individuare e sviluppare, a differenti livelli, adeguati strumenti.

In situazioni nelle quali uno o entrambi i genitori hanno una diagnosi di malattia mentale l'intervento pone delle sfide particolari, ma in ogni caso stabilire una relazione collaborativa e di supporto con le famiglie, e nello stesso tempo proteggere i bambini da possibili danni, rappresenta una questione fondamentale nella quale il rischio più consistente è che la relazione tra genitori ed operatori dei servizi si strutturi in termini di una contrapposizione nella quale l'altro è percepito come avversario.

La ricerca ha dimostrato in modo forte la rilevanza di una partnership tra i diversi soggetti per un riuscito intervento di promozione del benessere dei bambini (Ryburn, 1997; Littel, 2001; Heatherington and Baistow, 2001; Holland and Scourfield, 2004; Dawson and Berry, 2002; Cooper, 2004; Fargion 2007; Devaney, 2008). L'autrice, PhD all'Università di Milano Bicocca, presenta riferimenti normativi, teorie e metodologie di intervento nell'ambito della tutela dei minori e delle loro famiglie con particolare attenzione a situazioni di genitori con patologia psichiatrica. Inoltre fornisce i risultati della ricerca sulle rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri rispetto al significato ed all'utilità:

- 1. di interventi e strumenti professionali di sostegno e controllo delle competenze genitoriali dei pazienti psichiatrici;*
- 2. della collaborazione interprofessionale.*

La ricerca, effettuata con obiettivi esplorativi e con tecniche qualitative, è stata svolta nella Regione Piemonte.

Parole chiave.

Tutela dei minori, fattori di rischio e di protezione, genitorialità, patologia psichiatrica, interventi di sostegno e controllo delle competenze genitoriali, lavoro interprofessionale, collaborazione.

English Abstract.

The problems faced by families with young children, where one of the parents is affected by mental illness are complex (Alakus et al. 2007) and require integrated actions and approaches based on partnerships among professionals with a diverse area of expertise and institutions with different mandates (Devaney, 2008; Sheehan, R. 2005; Wilson and Horner, 2005; Mowbray et al 2000, Fargion 2007).

Families in which one or both parents are affected by mental illness need special support and care.

The attention to complex situations characterized by the presence of certified mental disorders, is connected both to the incidence of the problem, and to the need of identifying and developing, at different levels, adequate operational tools.

The intervention of professionals – particularly of social services – in cases of parents affected by mental illness, is one of the many actions for child support and protection: in this wider arena, the critical part is connected to the necessity of identifying intervention strategies that are able to create collaborative relationships with the family while responding to the children's fundamental right to protection.

Research has strongly demonstrated the importance of a partnership among diverse actors, in order to guarantee the well-being of children. (Ryburn, 1997; Littel, 2001; Heatherington and Baistow, 2001; Holland and Scourfield, 2004; Dawson and Berry, 2002; Cooper, 2004; Fargion 2007, Devaney, 2008).

The author, PhD at Milan-Bicocca

University, presents normative references, theories and methods of intervention for the protection of minors and their families, with particular attention to situations of parents with psychiatric illness. It also provides the results of research on the representations of social workers and psychiatrists with respect to:

- 1. Usefulness and significance of interventions and professional tools for the support and control of the parenting skills of psychiatric patients;*
- 2. The meaning given to inter professional collaboration highlighting the main features and difficulties.*

The research, carried out with the exploratory objectives and qualitative techniques, has been carried out in the Piedmont Region.

Keywords.

Protection of children, risk and protection factors, parenthood,, psychiatric disorder, interdisciplinary work, support and control operations of parenting skills, partnership.

Ringraziamenti

Questo lungo percorso è disseminato di *careers*. Ciascuno di loro ha contribuito in modo sostanziale non solo ad alleggerire fatica degli ultimi tre anni ma anche ad orientare il mio sguardo verso aspetti nuovi.

Guardandomi indietro mi rendo conto di quante sono state le volte in cui mi sono chiesta “chi me l’ha fatto fare” ed oggi, prossima alla conclusione di questo viaggio di scoperta di mondi nuovi, voglio ringraziare tutte le persone che hanno condiviso con me fatiche e soddisfazioni, momenti di riflessione e di azione. È un elenco lungo, sono una persona fortunata.

Un primo ringraziamento alle figure “istituzionali che hanno sostenuto il mio percorso, le mie tutor, Silvia Fargion e Carla Facchini, per aver creduto nella mia proposta di lavoro su un tema inconsueto, per avermi saputo orientare nella confusione di alcuni momenti, per aver condiviso con me i loro saperi guidandomi con competenza ed aiutandomi a superare i momenti di difficoltà. A Maurizio Pisati dell’università di Milano Bicocca un ringraziamento particolare per essere riuscito, pur partendo da una differente prospettiva, ad entrare in temi a lui non conosciuti facendomi domande che mi hanno messo in grandissima crisi ma che mi hanno poi permesso di migliorare il mio lavoro dirimendo, per quanto possibile, una matassa di pensieri che ha in qualche modo preso una forma studiabile e comunicabile.

Un secondo ringraziamento a tutti i colleghi dell’Associazione Italiana Docenti di Servizio Sociale che in questi tre anni in occasione dei nostri incontri si sono aggiornati sull’evoluzione del lavoro offrendomi il loro punto di vista. Tra questi un ringraziamento particolare va a Teresa Bertotti alla quale sono debitrice non solo per i lavori di studio sul tema della genitorialità più volte utilizzati per orientare il mio lavoro ma anche per la disponibilità al confronto su alcuni aspetti emergenti dalla mia ricerca, ad Alessandro Sicora per i suoi lavori sulla riflessione nel corso dell’azione ma anche per la sua grande capacità di “sdrammatizzare e normalizzare” le mie incredibili ansie, a Cristiana Pregno che ha tollerato le telefonate a tutte le ore aiutandomi a fermarmi e a pensare, in ultimo a Marilena Dellavalle che c’è sempre stata, negli ultimi vent’anni, motivandomi come studente, come professionista, come docente e come ricercatore con la sua competenza e la sua vicinanza. A cavallo tra mondi grazie alla mia collega di PhD e amica Emanuela Struffolino.

Un terzo ringraziamento a tutti i colleghi assistenti sociali ed agli psichiatri che hanno accettato di partecipare alla ricerca condividendo con me i loro pensieri e le loro difficoltà su un tema complesso dal punto di vista emotivo e metodologico e a quelli che hanno condiviso le loro riflessioni nel corso della scrittura della tesi leggendo parti del lavoro ed aiutandomi a capire dove era migliorabile. Tra tutti l’assistente sociale Sara Fabris e lo psichiatra Gabriele Ruo Roch che con tanta pazienza hanno letto diverse versioni di questo lavoro. Non sono stati coinvolti nella mia ricerca, ma ho portato con me tutti i genitori “matti” che ho incontrato nel mio lavoro. Tutti hanno avuto qualcosa da dire e da insegnarmi.

In ultimo un ringraziamento speciale alla mia allargatissima famiglia, la famiglia *puzzle* della letteratura sulle strutture familiari moderne dove oltre a fratelli e sorelle convivono sostenendosi reciprocamente ex mariti, ex mogli, compagni, compagne e tante “figlie”.

Alcuni nodi di questa estesa famiglia meritano una citazione particolare: mia figlia Rebecca April che nei primi mesi di frequenza quotidiana delle lezioni a Milano mi diceva “mamma, io non so proprio cosa ci abbiamo guadagnato con questo dottorato, non ci vediamo mai” e i miei genitori che mi sostengono “a prescindere” implorandomi però di giurare che questa è l’ultima tesi.

Introduzione.

Nel quadro generale della tutela dei minori e delle loro famiglie e degli interventi che il sistema dei servizi sociali e sanitari può attivare a sostegno e controllo delle competenze genitoriali, il lavoro di ricerca e di tesi che presento si colloca in un ambito particolare, quello nel quale un genitore è affetto da una malattia mentale.

Nello specifico, il lavoro ha obiettivi esplorativi e mira a produrre una descrizione approfondita di un tema sostanzialmente assente nel panorama degli studi italiani: le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri che si occupano di progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica. Ero interessata, in particolare, a far emergere le rappresentazioni che ognuno dei professionisti ha degli interventi di sostegno e controllo effettuati da altri professionisti con cui interagisce, degli strumenti professionali che può utilizzare, della possibilità di sostenere i pazienti psichiatrici seguiti dai servizi pubblici nelle funzioni genitoriali, della collaborazione che lo vede coinvolto nell'ambito dei progetti, del significato che, ai suoi occhi, il lavoro assume.

Le ipotesi di fondo sono legate all'idea che nel campo della tutela dei minori e delle loro famiglie gli orientamenti normativi, teorici e metodologici propendono per una tendenza all'equilibrio tra i bisogni e la tutela/protezione dei bambini ed il benessere della famiglia nel suo complesso. Nell'ambito dei progetti rivolti a genitori con patologia psichiatrica ipotizzo che la complessità connessa alla malattia, ai rischi di cronicizzazione degli interventi, alle difficoltà di valutazione dei rischi per i bambini, alla mancanza di competenze specifiche sulla malattia mentale possa portare al prevalere di una posizione nella quale si sottolineano le carenze dei comportamenti dei genitori. Rispetto ai rapporti tra assistenti sociali e psichiatri l'ipotesi di fondo è che la collaborazione sia complessa, caratterizzata da letture differenti legate alle culture professionali, alle *mission* istituzionali.

A fronte della considerazione che i riferimenti teorici e normativi possono aiutare gli operatori ad orientarsi nei contesti complessi come quelli della tutela dei minori e delle famiglie, ho strutturato il mio lavoro in modo da riconoscere ed esplicitare i quadri concettuali che orientano assistenti sociali e psichiatri nella pratica professionale quotidiana.

In questi anni, lo studio comparato delle politiche sociali e delle pratiche dei professionisti per quanto riguarda gli interventi nel contesto delle famiglie con minori ha consentito l'identificazione di due principali linee di intervento (Jack, 1997; Waldfogel, 1998; Spratt, 2001; Spratt and Callan, 2004; Khoo et al., 2002; Anglin, 2002; Hearn, et al., 2004; Platt, 2006; Brunnberg and Pečnik, 2007, Fargion, 2007). La prima linea, che caratterizza prevalentemente i paesi anglofoni, si caratterizza per una concentrazione di attenzione sulla tutela dei minori. La seconda invece, caratteristica dei paesi del nord e centro Europa, tratta il tema in un'ottica più ampia ed è orientato, più in generale, alla promozione del benessere dei bambini realizzabile attraverso interventi sulla famiglia. Numerose ricerche comparate hanno mostrato come a fronte dei due orientamenti di politica sociale sia possibile identificare differenti modelli e stili operativi nel contesto dei servizi. In tempi recenti in molti dei paesi occidentali si è auspicata una svolta verso il secondo tipo di politiche, che in linea generale sono nello stesso tempo più efficaci, più rispettose dei diritti delle persone e, spesso più economiche. Tuttavia il passaggio da un approccio incentrato sull'identificazione del rischio ad una prospettiva promozionale può essere complesso. In Italia, pur con numerose ambiguità, la politica sociale è indirizzata al secondo orientamento e ha tra gli obiettivi quello di collocare il tema della tutela dei minori in logiche più ampie di promozione del benessere, prevenzione e sostegno alla famiglia.

A fronte di questa premessa mi sono interrogata su quali siano state le evoluzioni normative che nel nostro Paese hanno portato ad assumere come fondamentale il diritto dei bambini ad un rapporto con la famiglia naturale e se vi sono indicazioni specifiche rispetto a genitori con patologia psichiatrica.

Ricostruire la storia del minore che diventa un soggetto giuridico significa analizzare il panorama legislativo nazionale ed internazionale che ha reso possibile tale mutamento. In questo ambito è fondamentale la "Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo" approvata dall'ONU nel 1959 dove, in primo luogo viene sancito il principio in base al quale "il fanciullo deve beneficiare di speciale protezione e godere di possibilità e facilitazioni, in base alla legge e ad altri provvedimenti, in modo da essere in grado di crescere in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale, in condizioni di libertà e di dignità (...)". Principi guida sono l'interesse del bambino, che viene considerato come superiore a qualunque altro interesse di parte, e la sua tutela in quanto titolare di diritti e soggetto da proteggere, anche in situazioni di "minoranza fisica, mentale o sociale" e da ogni "forma di negligenza, crudeltà o sfruttamento". Si ribadisce il principio fondamentale in base al

quale ogni bambino, per quanto possibile, deve vivere nella sua famiglia e solo in circostanze eccezionali può essere separato dalla madre soprattutto se è in tenera età.

Nel 1989 viene stipulata dall'ONU la "Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia", che pone l'obbligo di "proteggere i minori dalle violazioni dei diritti stabiliti con la Dichiarazione del 1959". In particolare tale Convenzione, che si rivolge in generale a persone di età inferiore ai diciott'anni, sottolinea una serie di diritti fondamentali quali ad esempio il diritto alla vita, ad un nome, all'educazione, a essere cresciuto e a conoscere i genitori. Inoltre ogni Stato che ha sottoscritto il Trattato deve prevedere delle forme di protezione del minore "contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale". In generale viene posto come superiore l'interesse del fanciullo rispetto a tutte le decisioni che lo riguardano. A partire dal riconoscimento giuridico di bisogni e diritti dell'infanzia, confermato dalla normativa successiva a quella citata, si sviluppa un grande interesse riguardo alle problematiche del maltrattamento infantile inteso secondo il IV Colloquio Criminologico del Consiglio d'Europa (Strasburgo 1978 in Campanini 1993) come "gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino". L'importanza assunta da tale fenomeno, evidenziata dalla Costituzione e dalla normativa successiva è resa evidente anche dalla nascita di nuovi servizi dedicati ai minori ed alle famiglie (Bertotti, 2012).

Con il riconoscimento dei diritti, il minore diventa un soggetto da tutelare in tutte le situazioni da cui deriva un presunto o reale disagio o danno: un bambino, anche se figlio, è un individuo, distinto dalla sua famiglia, la quale ha il dovere di accettarlo per la sua individualità e di provvedere alla sua crescita e sviluppo (Ghezzi, 1996).

La tutela di minori figli di pazienti psichiatrici si colloca in questo ambito generale. Nello specifico la Corte di Cassazione, nel 2008, ha affermato che insufficienze mentali anche permanenti dell'adulto non corrispondono in modo automatico ad una inadeguatezza del ruolo genitoriale. Tale posizione è stata recentemente confermata dal Tribunale di Milano che in una sentenza per l'affidamento di minori in una causa di separazione ha dichiarato valido l'accordo raggiunto in corso di causa dai coniugi, con il quale si stabiliva l'affidamento condiviso dei due figli minori, nonostante la madre fosse affetta da una malattia psichiatrica, nella specie un disturbo bipolare. La malattia mentale - si legge nel provvedimento - non deve comportare automaticamente un giudizio di inidoneità genitoriale. La valutazione della personalità, delle caratteristiche personali e delle abilità genitoriali deve essere fatta escludendo aprioristiche e automatiche correlazioni tra psicopatologia e impossibilità di una sufficiente capacità genitoriale.

Il diritto alla conservazione dei legami parentali del paziente psichiatrico è stato oggetto d'importanti riflessioni da parte del Comitato Nazionale di Bioetica (2000) che ha sottolineato il dovere di difendere la genitorialità del paziente sofferente psichico. Il

diritto alla genitorialità del paziente psichiatrico è una questione complessa e dibattuta, caratterizzata da differenti posizioni che possono essere sintetizzate in due polarizzazioni. Da un lato troviamo la posizione degli operatori dei Centri di Salute Mentale che sottolineano la necessità di mantenere il contatto tra il genitore affetto da malattia psichiatrica e il figlio allo scopo di proteggere e conservare le risorse affettive e relazionali del paziente stesso, dall'altro l'approccio dei servizi sociali maggiormente orientato alla difesa del minore dall'esposizione al disturbo mentale del genitore ed ai rischi che da questo derivano (Massara, Aroud, Bracco, 2000, Battista, 2007). Le opposte posizioni dei tecnici dei diversi servizi rischiano di acuire le difficoltà tra genitore e figlio interferendo sulla recuperabilità della relazione parentale (Cirillo et al., 2002).

Per arrivare a comprendere quali siano le problematiche e le sfide che gli operatori dei servizi di tutela dei minori e delle famiglie e gli psichiatri dei centri di salute mentale incontrano nella quotidianità, ad un secondo livello di analisi ho approfondito gli aspetti legati alle disfunzioni genitoriali ed ai fattori di rischio con attenzione alle situazioni in cui i genitori hanno una malattia mentale.

Adulti che possono essere considerati "normali" possono mettere in atto dei comportamenti dannosi o rischiosi nei confronti dei figli (Caffo, 1990). In questi casi si può parlare di disfunzioni genitoriali che, riprendendo la classificazione di Campanini (1993), si possono distinguere in: maltrattamento fisico, abuso sessuale, grave trascuratezza, maltrattamento psicologico. A proposito di maltrattamento psicologico, alcuni autori parlano di abuso emotivo (Reder, Lucey, 1997), identificandolo attraverso alcune dimensioni quali la tendenza dei genitori a ricorrere ad attribuzioni negative o sbagliate rispetto ai figli; la mancanza di disponibilità emotiva; il mancato riconoscimento o rispetto dell'individualità e dei confini psicologici del bambino; le aspettative e considerazioni evolutive inadeguate o incoerenti e infine la cattiva socializzazione rispetto al contesto. A tali forme di maltrattamento occorre aggiungere anche quei casi in cui il minore non è direttamente protagonista ma è spettatore: parliamo di violenza assistita che si verifica nelle situazioni in cui un bambino è esposto ad atti di violenza fisica, psicologica, sessuale, trascuratezza agiti su adulti o altri minori. Per analizzare la situazione di un minore è necessario fare riferimento agli indicatori di maltrattamento che Campanini suddivide in indicatori riferiti al bambino ed indicatori riferiti alla famiglia e all'ambiente. E' opportuno sottolineare come non basti rilevare la presenza di uno o più indicatori per ipotizzare una situazione di maltrattamento ma occorra ascoltare il bambino, il soggetto più debole nella relazione, nonché coinvolgere istituzioni sanitarie, scolastiche e sociali del territorio, che possono confermare o smentire le ipotesi di maltrattamento e conoscere la famiglia e la sua storia di relazione con i servizi sociali e sanitari. A questo proposito Cirillo e Cipolloni (1994) suggeriscono che per giungere ad una diagnosi valida non basta un singolo

operatore ma è necessaria una diagnosi congiunta in cui più tecnici (per esempio medico scolastico, pediatra di base, assistente sanitaria, insegnante, direttore didattico, assistente sociale, psicologo) mettano insieme gli elementi di osservazione in possesso di ciascuno per arrivare a formulare un'ipotesi sufficientemente certa di maltrattamento o trascuratezza, oppure per escluderla.

Oltre agli indicatori di maltrattamento, che indicano appunto l'avvenuto maltrattamento (certo o presunto), in letteratura si parla anche di indicatori di rischio (Cirillo, Cipolloni 1994, Reder, Lucey, 1995 trad it. 1997, Di Blasio 2005, Bertotti 2012) riferendosi al potenziale rischio per il minore, a partire dalla presenza di indicatori individuali, familiari e sociali. Per determinare la diagnosi di una situazione si dovranno esaminare contemporaneamente sia le componenti individuali quanto quelle relazionali e sociali. Si guarderà pertanto alla personalità dei genitori, alla possibilità che uno o entrambi siano stati essi stessi vittime durante l'infanzia di episodi di abuso o di maltrattamento. È importante inoltre indagare la relazione di coppia, il rapporto con le famiglie di origine di entrambi i genitori, le condizioni socioeconomiche del nucleo familiare, le caratteristiche psicofisiche del bambino.

In generale, è opportuno sottolineare come per il minore non siano solo negative e potenzialmente rischiose quelle situazioni in cui è presente un genitore maltrattante o abusante, ma anche quei casi in cui è possibile rilevare una scarsa qualità delle cure genitoriali. A questo proposito Reder e Lucey (1995, trad.it 1997), riprendendo alcuni studi e ricerche sull'argomento, distinguono alcuni fattori che influiscono in generale sulla qualità dell'accudimento e che sono legati alla relazione di attaccamento fra i figli e i loro genitori: i modelli interni di funzionamento del genitore e del bambino, le fonti di *stress* e di sostegno nell'ambiente sociale.

Un ulteriore elemento di conoscenza utile per comprendere il fenomeno parte dalla considerazione che aiutare il minore significa fornire un appoggio al suo nucleo familiare (Ghezzi, 1996). Ho quindi cercato di comprendere come il sistema dei servizi socio-sanitari possa intervenire in questa direzione.

Assumere una posizione di tutela del minore, ma anche della sua famiglia, significa rifiutare la contrapposizione tra il minore, visto come una vittima, e il genitore considerato come il colpevole; una delle conseguenze della contrapposizione minore/vittima – genitore/colpevole è la presa di posizione dell'operatore pro/contro verso l'uno o l'altro soggetto. Lo schieramento non consente una piena comprensione della situazione, come ad esempio il tener conto del fatto che genitori che agiscono delle condotte dannose nei confronti dei loro figli possono essere persone che portano con sé una sofferenza, legata alla propria storia personale, ai disturbi di cui sono affetti, e limita la formulazione di qualunque ipotesi sulla possibilità di apprendimento di capacità genitoriali. Si tratta di famiglie in crisi, dove spesso le difficoltà di cura dei figli sono sintomo di una patologia relazionale del nucleo (Ghezzi, 1996:6-8).

Parlare di tutela del minore e della famiglia deve far pensare a situazioni diverse, in cui accanto a casi più gravi, ve ne sono altri meno gravi. In ogni situazione occorre comprendere se sia possibile recuperare le capacità genitoriali. Nelle situazioni meno gravi il minore rimane all'interno del nucleo familiare e la tutela si realizza attraverso l'attuazione di interventi di supporto sia rispetto al bambino che ai suoi genitori. Nelle situazioni gravi, ovvero altamente rischiose per il minore, è possibile attivare degli interventi sostitutivi alla famiglia allontanando il bambino dal nucleo familiare (art. 330, 333, 402 Codice Civile).

I servizi sociali territoriali assumono in queste situazioni il doppio mandato di controllo ed aiuto: nel primo caso vigilando sul rispetto delle prescrizioni dell'autorità giudiziaria e nel secondo sostenendo la famiglia attraverso l'attivazione di interventi assistenziali, terapeutici, educativi. In generale sia le azioni di supporto che quelle di controllo dovrebbero essere finalizzate al sostegno e al recupero delle capacità genitoriali. L'obbligo di vigilanza da parte dei servizi sul nucleo, la prescrizione rivolta ai genitori della collaborazione con i servizi, le limitazioni della potestà, esprimono formalmente la dimensione del controllo; tutto ciò può essere interpretato come un'opportunità strutturante per i genitori (Dellavalle, 1995:38) e quindi essere utilizzato dall'operatore per attivare un apprendimento-cambiamento. Cirillo e Di Blasio (1989) parlano di aiuto e controllo come due facce della stessa medaglia, volte entrambe a tutelare il minore. La valutazione della recuperabilità del rapporto tra genitori e figli e la definizione di un progetto di intervento compongono il lavoro con le famiglie in difficoltà. La realizzazione di azioni che possano tutelare il minore e contemporaneamente la sua famiglia richiede un lavoro integrato tra diversi servizi, istituzioni e diverse figure professionali, che devono operare per un progetto comune. La letteratura in materia concorda sul fatto che la dimensione dell'integrazione rappresenta un fattore di tutela decisivo per il minore e per la sua famiglia (Ferrario, 1996, Dellavalle, 1995, Bertotti, 2012).

La definizione degli interventi di sostegno alle competenze richiede di riconoscere il valore della continuità delle relazioni familiari che risponde al bisogno del minore di non perdere il contatto con le sue origini qualunque siano le evoluzioni della sua vita. Inoltre porre al centro, anche in modo problematico e critico, la relazione tra il minore e la sua famiglia d'origine e le relazioni della famiglia con il suo contesto parentale e sociale, permette di pensare il processo di aiuto come "un programma di azione partecipata" (Richmond, 2006, in Dellavalle, 2011), perché un approccio di questo tipo contempla il benessere del bambino congiuntamente al benessere del suo sistema relazionale, considerato capace di trasformazione e di acquisizione di capacità, ed in tale ambito vengono collocate le azioni ed i processi di presa in carico da parte dei servizi.

Per contro, un approccio basato esclusivamente sulla centralità del minore rischia di riproporre logiche di separazione del bambino dal contesto pregiudizievole,

concentrando l'azione degli operatori sociali sui compiti di tutela del minore e sulla individuazione ed offerta di tutte le possibili opportunità e risorse di crescita e di sostegno al processo evolutivo. In un approccio di questo tipo vi è l'assunzione di competenze e di responsabilità sul minore da parte di un servizio e la delega ad altri servizi e operatori del lavoro con le famiglie d'origine con il rischio di una progettualità non condivisa (Dellavalle 1995, Ardesi, Filippini, 2008, Bertotti 2012).

La competenza delle professioni sociali si esprime, peraltro, anche nella capacità di mettere in relazione, accogliere e governare la complessità dei contesti e delle relazioni interpersonali per elaborare progetti indirizzati ad un approccio unitario e una presa in carico globale del sistema relazionale familiare. Ne consegue che il sostegno della famiglia multiproblematica rende necessaria la capacità di progettare e attivare risposte plurime e servizi articolati, flessibili, integrati, capaci di cogliere la peculiarità di ogni singola situazione ed accompagnarla nel proprio percorso, costruendo ed implementando contesti di corresponsabilità tra i diversi soggetti in gioco.

Nell'approfondimento del quadro in cui si collocano gli interventi di sostegno delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici, per avvicinarsi alla comprensione delle rappresentazioni degli operatori è stata necessaria una ricognizione degli elementi specifici che caratterizzano gli interventi in queste situazioni.

La tutela degli adulti affetti da patologia psichiatrica - oggi non più "incapaci", ma deboli, vulnerabili, bisognosi d'aiuto - non attiene unicamente agli aspetti clinici ed alla vita economica e patrimoniale, ma anche - nel rispetto della globalità e dell'integrità dell'essere umano - alla possibilità stessa di realizzare pienamente la propria persona nelle varie dimensioni emozionali, affettive, sessuali, familiari e genitoriali (Bandini, Rocca, 2010).

Il processo di analisi delle competenze genitoriali dovrebbe tenere in considerazione la possibilità di recuperabilità in correlazione con l'andamento del disturbo mentale, con la sua specifica incidenza sul compito parentale, con i tempi di sviluppo e di resilienza del minore, con le effettive risorse del sistema dei servizi sociali e sanitari. Si evidenzia come la precocità dell'intervento a sostegno della relazione genitore - figlio e il sostegno dei familiari nell'intervento da parte di specialisti possano compensare in parte le limitazioni, promuovendo abilità parentali. Il sostegno costante di un adulto esente da patologie psichiche che sia in grado di fornire opportunità di apprendimento, consigli pratici, assistenza nei compiti quotidiani attraverso strategie educative appropriate alle potenzialità mentali del genitore e che sia disponibile in alcuni momenti ad intervenire facendosi carico direttamente di alcuni compiti può compensare, integrare e sostenere in modo positivo la relazione del genitore affetto da malattia mentale con il figlio minore (Di Blasio, 1995; 2000, Hall, 2006). Gli interventi di tutela del minore finalizzati alla recuperabilità della relazione possono prevedere interventi differenti quali la presenza di un educatore a domicilio, la collocazione in comunità madre - bambino, la collocazione etero familiare o in struttura residenziale del minore. I genitori affetti da patologie psichiatriche frequentemente percepiscono la fonte di aiuto come minacciosa o persecutoria, tendendo in tal modo a fare un uso

limitato dei servizi o a utilizzarli con estrema diffidenza, nascondendo le proprie difficoltà nella cura dei figli o esternandole con notevole esitazione, poiché temono di essere giudicati come genitori inadeguati e che siano loro sottratti i figli.

A fronte di tale situazione la relazione di aiuto dovrebbe essere caratterizzata da un approccio poco invasivo e non stigmatizzante, sensibile, indirizzato ad instaurare un rapporto diretto, semplice e durevole con i beneficiari, in grado di riconoscere il loro punto di vista. Occorre inoltre evidenziare che la presenza di una o più condizioni sfavorevoli all'interno di un nucleo familiare rende l'approccio con i servizi caotico e disorganizzato. In particolare per le persone affette da disturbi psichici entrare in contatto con molti professionisti è complesso e può generare confusione. La qualità del sostegno ricevuto incide più della quantità di interventi ed operatori: il che rimanda alle competenze professionali dei diversi operatori.

Si possono considerare efficaci i programmi di supporto, mirati a migliorare la salute mentale e fisica, la qualità della vita e le attitudini e abilità correlate alla genitorialità (Jenner, Gent, 1995; Canali, Vecchiato, Whittaker, 2008; Maluccio, Canali, Vecchiato, Lightburn, Algate, Wendy, 2011; Fava Viziello 2011).

Inoltre, gli interventi di supporto alla genitorialità devono avere una strutturazione sul lungo periodo soprattutto se le condizioni sfavorevoli presenti nel nucleo familiare sono croniche: particolarmente utili sono interventi a lungo termine, finalizzati a fornire un sostegno emotivo, soprattutto in periodi di ricovero dei genitori, e un supporto pratico per i compiti parentali e le attività domestiche, per evitare che i figli assumano stabilmente il ruolo di *caregiver*. I programmi che si focalizzano su famiglie multiproblematiche sono in grado di migliorare la salute dei bambini, il funzionamento familiare, la sicurezza domestica attraverso il rafforzamento dei legami familiari e la promozione abilità (Canali, Vecchiato, Whittaker, 2008).

Gli interventi di supporto ai nuclei familiari multiproblematici hanno un'efficacia maggiore nell'implementare le abilità parentali e il benessere familiare se vengono effettuati a domicilio: visite frequenti, sia strutturate sia informali, nelle abitazioni delle famiglie più a rischio da parte di operatori capaci di supportare materialmente ed emotivamente tutti i membri della famiglia sono in grado di promuovere la salute, le abilità parentali e la sicurezza ambientale e monitorare le condizioni problematiche presenti. Con un'ottica preventiva, tesa a prevenire i momenti di crisi, si avrebbe una riduzione dei costi - economici ed umani - necessari per affrontare le crisi (cure farmacologiche, visite ambulatoriali, ricoveri ospedalieri). Un approccio preventivo dovrebbe inoltre tenere in considerazione il supporto naturale, più economico e più durevole di quello formale. In tale prospettiva occorre su un piano individuale incrementare negli utenti la capacità di riconoscere le relazioni già esistenti e incentivare le abilità di stabilire nuove relazioni e su un piano collettivo coinvolgere parenti, amici, vicini di casa, altri genitori, per rendere le reti naturali maggiormente competenti nel supporto (Fava Viziello, 2011).

La tutela dell'infanzia presuppone un continuo confronto tra temi fondamentali della vita sociale: la protezione dei bambini, il ruolo della famiglia, il ruolo dell'autorità giudiziaria nella difesa dei diritti dei soggetti deboli, la funzione del sistema dei servizi. Si tratta di sistemi interdipendenti e i mutamenti in ognuna delle diverse aree hanno influenze sulle altre (Bertotti, 2010): la tensione sempre presente è tra un orientamento alla tutela/protezione dei minori ed uno al benessere familiare. Rispetto al tema specifico della tutela del minore figlio di genitori psichiatrici la presa in carico è effettuata sia da operatori sociali (assistente sociale ed educatore professionale) dipendenti dell'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali del territorio in cui il minore risiede, della comunità di accoglienza che lo ospita o del servizio specialistico che ha in cura il genitore, sia da operatori sanitari (psicologi dell'età evolutiva, psichiatri, infermieri) soggetti che hanno profili professionali e riferimenti concettuali diversi e differenti mandati istituzionali. In situazioni nelle quali uno o entrambi i genitori hanno una diagnosi di malattia mentale, l'intervento pone delle sfide particolari, ma in ogni caso stabilire una relazione collaborativa e di supporto con le famiglie, e nello stesso tempo proteggere i bambini da possibili danni, rappresenta una questione fondamentale nella quale il rischio più consistente è che la relazione tra genitori ed operatori dei servizi di tutela dei minori si strutturi nei termini di una contrapposizione nella quale l'altro è percepito come avversario. Tale antagonismo sembra riproporsi anche nella relazione tra operatori deputati alla protezione dei bambini ed operatori della psichiatria, che intervengono con il o i genitori sofferenti (Hall et al, 2006).

L'accento metodologico che esalta l'approccio complesso centrato sulla rete dei servizi, piuttosto che sugli apporti specifici dei singoli operatori, assume che nessun operatore e nessun servizio territoriale o specialistico abbia tutte le competenze per agire da solo in una situazione complessa. La scelta teoricamente e metodologicamente indicata è quella di far concorrere più competenze e più punti di vista per elaborare e gestire un progetto (Campanini, Luppi 1988; Folgheraiter 1990; Ferrario 1992; Ghezzi 1996; Cellentani 1998; Campanini, 2010). L'interazione tra figure professionali che hanno funzioni e ruoli differenti e differenti competenze e percorsi formativi, rischia di essere caratterizzata da linguaggi, categorie concettuali e strategie di intervento difforni. Il rischio di non riuscire a lavorare insieme è sempre presente ma è più elevato quando i diversi operatori appartengono a enti o organizzazioni diverse e devono negoziare non solo il significato delle specifiche competenze professionali, ma anche quello dei rispettivi enti di appartenenza, le cui logiche di intervento non necessariamente coincidono (Campanini, Riva, 2010, Facchini, 2012).

L'integrazione può verificarsi a differenti livelli: tra operatore ed utente, tra operatori nei gruppi professionali sia all'interno dello stesso ente che tra enti diversi, tra

responsabili e operatori di servizi pubblici e privati, tra strutture decisionali politiche diverse (Dal Pra Ponticelli, 2002).

Per affrontare globalmente il tema del supporto alle competenze genitoriali occorrerebbe conoscere e valutare tutti i diversi livelli dell'integrazione ma realizzare questa ricerca ha comportato effettuare delle scelte, peraltro non semplici, per l'intreccio che li caratterizza: la scelta è stata quella di indagare le percezioni delle due principali figure professionali che intervengono nei confronti dei minori e dei genitori con patologia psichiatrica, l'assistente sociale e lo psichiatra.

La ricerca effettuata ha obiettivi esplorativi e mira a fornire una descrizione approfondita su un tema del quale si hanno poche conoscenze. Sebbene si tratti di un'indagine su un numero limitato di situazioni si ritiene che la ricognizione sull'oggetto di studio proposto – le rappresentazioni degli assistenti sociali e degli psichiatri sugli interventi dei servizi socio-assistenziali e sanitari in situazioni di bambini con genitori affetti da patologia psichiatrica e sulla collaborazione interprofessionale tra queste due figure - assume rilevanza tanto dal punto di vista teorico quanto da quello metodologico. A partire dalle interviste effettuate è possibile fornire elementi di conoscenza su quali strumenti professionali gli operatori utilizzano nella valutazione delle diverse situazioni, che significato vi attribuiscono, che possibilità hanno, secondo assistenti sociali e psichiatri, di incidere per deviare le traiettorie rischiose che le famiglie possono incontrare. Appare inoltre significativa la possibilità di comprendere quali sono le aspettative dei diversi professionisti rispetto alla collaborazione, quali aspetti positivi individuano e quali sono le difficoltà.

Le ipotesi di fondo sono legate all'idea che nel campo della tutela minori e delle loro famiglie gli orientamenti normativi, teorici e metodologici propendono per una tendenza all'equilibrio tra i bisogni e la tutela/protezione dei bambini ed il benessere della famiglia nel suo complesso. Nell'ambito dei progetti rivolti a genitori con patologia psichiatrica ipotizzo che la complessità connessa alla malattia, ai rischi di cronicizzazione degli interventi, alle difficoltà di valutazione dei rischi per i bambini, alla mancanza di competenze specifiche rispetto alla malattia mentale porti al prevalere di una posizione nella quale si sottolineano le carenze dei comportamenti genitori. Rispetto ai rapporti tra assistenti sociali e psichiatri l'ipotesi di fondo è che la collaborazione sia complessa, caratterizzata da letture differenti legate alle culture professionali, alle *mission* istituzionali.

L'interesse per lo studio delle rappresentazioni trova fondamento nella tesi, condivisa all'interno della comunità dei sociologi, che la realtà sia una costruzione sociale (Berger, Luckmann, 1969) che si attua attraverso un processo dialettico tra l'individuo e la società. In quest'accezione l'individuo viene considerato pro-attivo nella costruzione della realtà e le rappresentazioni non sono un filtro ma la realtà stessa (Amerio, 1995), sono tutto ciò di cui disponiamo (Moscovici, 1989:25). Le rappresentazioni sociali, costituendo una realtà per l'individuo, ne influenzano le azioni e le interazioni e sono dunque rilevanti per comprendere e spiegare l'azione sociale (Cardano, 2005). La scelta di studiare le rappresentazioni su interventi, strumenti

professionali, collaborazione interprofessionale in progetti di sostegno delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici messe a punto da assistenti sociali e da psichiatri e non da altre figure professionali deriva da alcune considerazioni.

In primo luogo dalla constatazione che sono sostanzialmente assenti ricerche che hanno per oggetto la rappresentazione su questi temi ed in generale sulla collaborazione inter-professionale tra figure sociali e sanitarie. La scelta di concentrare l'attenzione su queste due figure professionali è stata dettata dalla considerazione che la conoscenza del loro punto di vista ed il confronto tra punti di vista differenti potesse condurre a comprendere le conoscenze ed i vissuti personali e che questo potesse offrire un piccolo contributo sul piano della conoscenza di un ambito, come detto, non studiato in precedenza.

In particolare la mia attenzione si è rivolta verso assistenti sociali e psichiatri a partire dall'idea che possano essere identificate come le figure più rilevanti nei processi decisionali in progetti di tutela e sostegno dei minori e delle loro famiglie e che la loro relazione interprofessionale si collochi in un ambito complesso caratterizzato da diversi ruoli, poteri, competenze e stili comunicativi che esercitano un'influenza reciproca.

In ultimo è importante ricordare che il contenuto delle rappresentazioni può permettere di conoscere la natura del rapporto tra gli individui ed il sistema sociale nel suo complesso.

Come già evidenziato ho scelto di intervistare assistenti sociali degli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e psichiatri dei centri di salute mentale nell'ipotesi che siano le figure più rilevanti nei processi decisionali in progetti di tutela e supporto dei minori e delle loro famiglie in situazioni nelle quali i genitori sono affetti da patologia psichiatrica. La ricerca è avvenuta nella regione Piemonte. La motivazione di tale scelta si fonda tanto sulla necessità di riduzione della complessità che avrebbe comportato il confronto tra regioni con differenti assetti organizzativi dei servizi (non solo dei servizi sociali) dai quali dipendono attività, ruoli, mansioni di coloro che vi sono occupati (Trivellato, Lorenz, 2010) quanto, sul piano pratico, sulla maggiore facilità di accesso al campo. Nell'ipotesi che le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri possano essere differenti in relazione alla gravità della patologia del genitore nella scelta degli intervistati è stato tenuto in considerazione il profilo diagnostico: a) disturbi gravi: i disturbi dello spettro schizofrenico, i disturbi deliranti e i disturbi dell'umore accompagnati nelle fasi critiche da idee deliranti, quindi tutti quei disturbi che presentano, anche se non continuativamente, significative alterazioni del rapporto con la realtà, del contenuto del pensiero e/o della percezione; b) disturbi lievi: i disturbi dell'umore non accompagnati da idee deliranti, i disturbi della personalità, i disturbi nevrotici.

In considerazione del fatto che anche l'esito del progetto di sostegno ad un nucleo familiare può influenzare le rappresentazioni sul significato degli interventi e

degli strumenti professionali e sulla collaborazione, nella scelta degli intervistati si è tenuto conto di due tipologie di situazioni: quelle nelle quali il minore è stato allontanato dal nucleo familiare e quelle in cui ha potuto invece essere mantenuto nell'ambito della famiglia.

Il lavoro è strutturato in due parti.

La prima è dedicata alla presentazione del *background* normativo, teorico e metodologico del lavoro nell'ambito della tutela dei minori e del sostegno alle capacità genitoriali con una prospettiva che va dal generale al particolare e si concentra nell'ultima parte sullo specifico di nuclei familiari con genitori affetti da patologia psichiatrica.

Con una prospettiva che va dal macro al micro nel primo capitolo, *La parola al diritto*, vengono tratteggiate le principali evoluzioni in ambito legislativo. I tre paragrafi analizzano il quadro legislativo con differenti fuochi di attenzione. Nel primo paragrafo del primo capitolo il primo ambito è quello che permette di individuare i modelli di regolamentazione giuridica della famiglia e di comprendere le trasformazioni nelle relazioni tra famiglie e Stato. Vengono presi in considerazione il *Code Napoléon*, le *Common Laws* e le *Poor Laws* e il Codice Pisanelli per arrivare alla Costituzione ed alle riforme legislative degli anni Settanta.

Nel secondo paragrafo del primo capitolo si delinea il tema della tutela giuridica del minore ricostruendo la storia che ha permesso di riconoscerlo come soggetto giuridico attraverso l'analisi del panorama legislativo nazionale ed internazionale che ha reso possibile questo passaggio.

Nell'ultimo paragrafo del primo capitolo la tutela dei diritti dei minori e delle loro famiglie viene letta nella prospettiva dei diritti relazionali che assume come elemento di fondo la centralità dell'assunzione di responsabilità e della dimensione affettiva dei diritti. Un approfondimento utile in questa prospettiva è quello sui servizi che devono sostenere le famiglie nell'assunzione delle responsabilità parentali e degli strumenti giuridici di cui dispongono.

Nel secondo capitolo *Famiglie buone e cattive famiglie. Riflessioni e teorizzazioni sulla valutazione delle famiglie*, con uno sguardo meso, si intende provare a delineare alcuni concetti che nell'ambito degli interventi di promozione e tutela dello sviluppo dei bambini e delle competenze genitoriali costituiscono elementi di valutazione utili. Il lavoro parte dall'assunto che le cure parentali sono alla base del benessere sociale, interpersonale ed emotivo dei bambini ed il tipo di relazione che instaurano con gli altri è influenzato dalle esperienze personali infantili. Si assume la matrice relazionale come orientamento all'azione: nel primo paragrafo si presenta la teoria dell'attaccamento di Bowlby ed Ainsworth. Nella seconda parte del capitolo, nel secondo paragrafo viene definito il concetto di genitorialità, si individuano gli aspetti

psicologici delle funzioni parentali e si analizzano le locuzioni “minori a rischio” e “famiglia multi-problematica” con attenzione alle diverse forme di maltrattamento. Nel quarto paragrafo del secondo capitolo vengono affrontati i temi dei fattori protettivi e dei fattori di rischio nello sviluppo dei bambini ed in ultimo si affronta il tema del sostegno alle competenze genitoriali.

L'ultimo capitolo della prima parte, *Patologia psichiatrica e genitorialità: riflessioni e teorie*, arriva al cuore dell'ambito in esame. Con un'impostazione che va dal generale al particolare il terzo capitolo affronta i temi del secondo ma, in considerazione degli obiettivi di ricerca, i temi sono affrontati con espliciti riferimenti a nuclei familiari nei quali il genitore è affetto da una patologia psichiatrica.

Dopo un breve inquadramento delle principali patologie psichiatriche che non ha alcuna pretesa di esaustività ma che permette di delineare le caratteristiche cliniche delle persone delle quali gli assistenti sociali e gli psichiatri parlano nella seconda parte, viene affrontato nel secondo paragrafo del capitolo il tema delle possibili conseguenze della patologia sullo sviluppo dei bambini analizzando il modello di Hall (2006) sui fattori predisponenti, perpetuanti o precipitanti. Nel terzo paragrafo una *review* della letteratura italiana ed internazionale permette di evidenziare quali siano i rischi di maltrattamento all'infanzia da parte di genitori affetti da patologia psichiatrica e vengono delineati gli interventi di supporto alle competenze genitoriali. In ultimo l'accento si sposta sul sistema dei servizi di tutela minori e sui sistemi specialistici per la salute mentale evidenziando quali forme di collaborazione siano ritenute, in letteratura, preferibili.

La seconda parte del lavoro è dedicata alla ricerca. Si apre con il capitolo quattro in cui vengono presentati gli obiettivi della ricerca, un riepilogo delle attività svolte, si descrivono la parte di ricerca sul campo e le strategie di selezione degli intervistati. Nel quinto paragrafo del capitolo vengono brevemente presentati gli intervistati mentre nel sesto viene presentato lo strumento di indagine e le modalità di costruzione ed analisi del materiale empirico.

Nel quinto e sesto capitolo vengono presentati i risultati dell'indagine empirica con un approccio prevalentemente descrittivo.

Il quinto capitolo, *Interventi e strumenti professionali a sostegno di genitori pazienti psichiatrici*, si concentra sulle rappresentazioni degli intervistati sui progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica. Partendo dal racconto degli intervistati si cerca di delineare non solo cosa fanno nella pratica professionale nell'ambito di tali situazioni ma anche di comprendere cosa pensano e che significato attribuiscono al loro lavoro, agli strumenti professionali che utilizzano, quali ragionamenti portano alla scelta degli interventi che attuano e quali difficoltà caratterizzano la relazione di aiuto.

Nel primo paragrafo vengono presentati gli interventi effettuati da altri operatori tra i quali troviamo il sostegno infermieristico domiciliare, l'educativa territoriale, l'assistenza domiciliare, l'affidamento intra ed etero familiare e quello professionale,

l'inserimento in comunità madre-bambino e residenziale per i soli minori, la segnalazione all'Autorità Giudiziaria. Sebbene tutti gli interventi abbiano una valenza di sostegno e di controllo delle capacità genitoriali la scelta dell'ordine in cui vengono presentati è orientata su un continuum nel quale prevale l'uno o l'altro aspetto.

Nel secondo paragrafo viene proposto lo strumento professionale del colloquio rispetto al quale assistenti sociali e psichiatri permettono di comprendere cosa pensano di modalità ed obiettivi specifici.

Il terzo paragrafo affronta il tema dell'efficacia dei progetti con riferimento alle difficoltà organizzative dei servizi. Il focus, attraverso l'utilizzo delle categorie concettuali del *burn out*, è legato alle rappresentazioni delle difficoltà che gli operatori affrontano a fronte della contrazione delle risorse e dell'aumento dei carichi di lavoro.

Nel quarto paragrafo i limiti rilevati nella pratica professionale quotidiana vengono letti nell'ottica di comprendere la percezione degli operatori sulla reale possibilità di sostenere le competenze genitoriali dei pazienti psichiatrici. In ultimo si affronta il tema della formazione.

Il sesto capitolo, *Su un'unica scrivania. La collaborazione e le équipe integrate*, affronta il tema della collaborazione ed integrazione tra assistenti sociali e psichiatri. Le rappresentazioni degli intervistati permettono di delineare quali sono nella loro percezione gli aspetti specifici della collaborazione interprofessionale con attenzione alle caratteristiche dei conflitti, del riconoscimento reciproco, della possibilità di collaborazione ed integrazione e delle modalità operative, delle motivazioni al lavoro in *équipe*, degli aspetti positivi e delle criticità.

Al termine del quinto e del sesto capitolo viene proposta una sintesi dei principali risultati.

Chiude questo lavoro un capitolo intitolato "riflessioni conclusive" che forse potrebbe essere chiamato "riflessioni provvisorie". Come si dirà più avanti, un limite del lavoro, forse non l'unico ma sicuramente quello del quale ho maggiore contezza, è quello legato ad una delle scelte iniziali: la decisione di ridurre l'eterogeneità professionale del campione, rivolgendo l'attenzione agli assistenti sociali ed agli psichiatri ed escludendo così psicologi dell'età evolutiva, infermieri, educatori professionali e la scelta di non coinvolgere nella ricerca le famiglie ed i bambini ai quali gli interventi sono rivolti.

Trattandosi di un lavoro esplorativo finalizzato a mettere in luce le rappresentazioni di due figure professionali non avevo l'obiettivo di individuare metodologie o correlazioni tra modalità di lavoro ed esiti dei progetti di sostegno ma un lavoro di questo tipo sarebbe quanto mai utile ed opportuno. Sarebbe necessario in questo caso interpellare e coinvolgere non solo un maggior numero di figure professionali ma anche, e in primo piano, i principali destinatari degli interventi. Il sapere delle persone cui gli interventi sono rivolti, genitori e bambini, rappresenta un

fattore essenziale per riflettere sulle nuove vie di azione ed è alla base delle definizioni di buone pratiche.

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Questa tesi è dedicata a mia figlia,

Rebecca April.

Sperando che anche i suoi sogni non conoscano età.

<p>Sommario</p> <p>Primo Capitolo <i>La parola al diritto</i></p> <p>Secondo Capitolo <i>Famiglie buone e cattive famiglie. Riflessioni e teorizzazioni sulla valutazione delle famiglie.</i></p> <p>Terzo capitolo <i>Patologia psichiatrica e genitorialità: riflessioni e teorie.</i></p>	<p>PARTE PRIMA</p> <p>Famiglia, Minori, Competenze Genitoriali, Patologia Psichiatrica</p>
---	--

--	--

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Primo Capitolo

La parola al Diritto

In ogni ordinamento nazionale la famiglia ed i singoli che la compongono sono soggetti meritevoli di tutela e destinatari di interventi del legislatore che dedica attenzione tanto al cosiddetto diritto di famiglia quanto ad una ulteriore specificazione del diritto delle persone, il diritto minorile. La loro tutela viene prevista anche dal legislatore internazionale intervenuto negli ultimi decenni in diverse sedi - ONU, Consiglio d'Europa, Unione Europea – tanto con intenti programmatici attraverso raccomandazioni e dichiarazioni quanto con strumenti giuridici che vincolano gli Stati attraverso l'emanazione di convenzioni e trattati (Ardesi in Ardesi, Filippini, 2008:18-32).

Non è obiettivo del presente lavoro una presentazione completa del diritto di famiglia e minorile ma la ricognizione che viene presentata risulta necessaria per una maggiore comprensione del contesto culturale e legislativo nel quale si colloca il lavoro delle Istituzioni e dei Servizi nell'ambito dei progetti di tutela e di supporto delle famiglie in un'ottica promozionale e protettiva.

1. La tutela giuridica della famiglia

Per comprendere come la famiglia e il minore siano stati tutelati e regolati nei loro rapporti dallo Stato è utile ripercorrere l'evoluzione della *regolamentazione giuridica* dai primi codici civili in Europa alla riforma del diritto di famiglia in Italia¹ (Dellavalle, 1995; Saraceno, Naldini, 2007; Moro, Fadiga, 2008; Ardesi, Filippini, 2008; Bertotti, 2012; Condò, 2012).

La ricognizione della legislazione permette di individuare sostanzialmente due modelli che, in Europa, hanno influenzato i sistemi legali odierni, il *Code Napoléon* e la *Common Law* (Glendon, Gordon, Osakwe, 1995).

Il *Code Napoléon*, il Codice civile nazionale francese del 1804, può essere visto come una tappa fondamentale nel processo di riconoscimento di diritti e doveri in ambito familiare. In un contesto storico e sociale nel quale la famiglia della società francese e dei Paesi occupati dalle truppe napoleoniche (Paesi Bassi, Polonia e le regioni occidentali della Germania, dell'Italia e della Spagna) si fondava sulla potestà paterna sui figli e maritale sulla moglie, sulla distinzione tra figli legittimi e illegittimi ed il matrimonio - laico e civile - era un affare familiare dipendente dall'autorità paterna e maritale, il Codice ha introdotto, per la prima volta, l'idea della necessità della presenza dello Stato nella tutela delle relazioni intra-familiari (Saraceno, Naldini, 2007).

Sebbene unicamente in presenza di adulterio, eccessi, sevizie e concesso in considerazione del riconoscimento di una situazione di colpa da parte di uno dei coniugi, il Codice Napoleonico introdusse la possibilità di separazione dei coniugi attraverso l'istituto del *divorzio-sanzione* (Vincenti, 1988 cit. in Melograni).

Nell'area anglosassone fu invece il *Common Law* a disciplinare, almeno in parte, la relazione di coppia nella classe media sebbene non intervenendo sui temi della filiazione e degli obblighi dei genitori verso i figli. La famiglia era *una cittadella privata impenetrabile dalla giustizia, almeno fino a quando non sopraggiungesse la separazione dei coniugi* (Pocar, Ronfani, 1998:11).

Anche nelle *Poor Laws*, vi sono chiari riferimenti agli obblighi di assistenza degli indigenti e, seppur non specificatamente, vengono disciplinati gli obblighi familiari nei ceti meno abbienti. Pur in presenza di un obiettivo finalizzato principalmente al controllo *i controlli assistenziali e polizieschi sulle famiglie povere erano volti, appunto, alla normalizzazione e alla limitazione del pauperismo*, è a queste

¹ Per l'evoluzione della regolamentazione non si fa riferimento unicamente a testi di natura giuridica ma anche a testi di sociologia della famiglia e di servizio sociale in considerazione dell'obiettivo di cogliere la rilevanza e la ricaduta della normativa sui temi di interesse del lavoro nel suo complesso.

famiglie, in controtendenza con il principio di esclusività delle scelte sulla gestione della prole da parte delle famiglie, che si rivolgono le prime prescrizioni sull'igiene e le norme da seguire per l'allevamento dei bambini tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo (Saraceno, Naldini, 2007:219-20).

In tutti gli stati moderni si sono progressivamente sviluppate norme che riguardano i rapporti familiari (relazioni di coppia, tra genitori e figli e tra il nucleo familiare e la rete parentale) e che hanno dato corpo al diritto di famiglia: nonostante l'iniziale diversa regolamentazione giuridica che delineava due modelli differenti, le riforme del diritto di famiglia degli ultimi anni tendono ad una *sostanziale convergenza* tra i paesi europei con un riconoscimento della necessità della presenza di indicazioni dello Stato anche su questi temi.

La ricostruzione della storia del diritto di famiglia in Italia permette di comprendere le trasformazioni nelle relazioni tra la famiglia e lo Stato. Le tendenze evolutive della dottrina e della giurisprudenza, come emerge dall'analisi successiva, delineano un quadro nel quale la protezione del minore deve essere effettuata attraverso il recupero delle capacità genitoriali: non ci si può occupare dei minorenni senza una presa in carico complessiva della sua famiglia.

In Italia il tema della presenza dello Stato anche nell'ambito delle relazioni intra-familiari viene delineato già dal *Codice Pisanelli* del 1865. Il codice, che regolava le relazioni tra la sfera pubblica d'intervento e la sfera privata, i diritti tra figli e figlie di fronte alla successione e i rapporti all'interno della coppia, riprendeva le idee chiave del Codice civile nazionale francese.

Tra gli aspetti normati troviamo questioni inerenti l'autorità paterna sulla prole, l'attribuzione di una maggiore autorità del marito rispetto alla moglie e, nel rispetto del ruolo della Chiesa cattolica, la libertà di scelta sulla precedenza del matrimonio civile su quello religioso e il divieto di divorzio. Rispetto alla possibilità di interruzione della vita coniugale veniva concessa la separazione in caso di adulterio: in generale all'uomo veniva riconosciuto il diritto ad una maggiore trasgressione dalle regole coniugali rispetto alla donna ed al marito/padre veniva riconosciuto un potere disciplinare sulla moglie e sui figli minori molto consistente (Saraceno, 2003).

Durante il ventennio fascista le norme che disciplinavano i rapporti all'interno della famiglia - definita come *un istituto sociale e politico* - furono modificate dal *Codice Rocco*². Il nuovo codice mantenne la divisione dei ruoli maschili e femminili ed introducendo il concetto di stirpe rese la procreazione anche un affare "pubblico". Lo Stato scoraggiò il lavoro femminile mantenne il divieto di aborto considerato reato come nella legislazione precedente ed alla donna fu riconosciuto prevalentemente il ruolo di madre e di moglie: *il suo compito principale era quello di fornire lavoro domestico e di cura* (Saraceno, Naldini, 2007:221).

² Codice penale in vigore in [Italia](#), promulgato il [19 ottobre 1930](#) con [Regio Decreto](#) n. 1398, e pubblicato sulla [Gazzetta Ufficiale](#) del [26 novembre 1930](#), n. 251, supplemento ordinario.

A tutela della donna e dell'infanzia il Regime Fascista creò enti pubblici assistenziali a livello nazionale. Tra questi, il più importante fu l'Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia (ONMI) sorta nel 1925 e nuovamente disciplinata nel 1934 dal testo unico delle leggi per la protezione della maternità e l'infanzia³.

Il sistema di protezione fascista dell'infanzia e della maternità era caratterizzato dalla frammentazione degli interventi e degli enti di assistenza ai quali era riconosciuta la titolarità per categorie di disagio e bisogno. Erano compresenti sul territorio italiano enti rivolti alle gestanti e ai bambini fino al quinto anno di età, alla tutela dei fanciulli bisognosi, degli orfani di guerra o di genitori deceduti per infortunio sul lavoro, dei minorenni fisicamente o psichicamente anormali oppure materialmente o moralmente abbandonati. Il tema della devianza minorile era gestito dai nascenti tribunali dei minorenni.

L'ente competente a tutelare l'infanzia era la Provincia, mentre il Comune si occupava dell'assistenza alle famiglie bisognose e di assistenza scolastica.

La suddivisione in categorie diede vita a forme di protezione differenti in capo ad enti diversi e l'intervento di elezione per la risposta ai bisogni dell'infanzia divenne l'istituzionalizzazione in strutture specializzate e finalizzate a garantire la rieducazione dei minori con la contestuale protezione dell'ordine sociale (Caffo, 1988:230-1).

Occorre attendere i lavori dell'Assemblea Costituente per vedere aprire questioni centrali sul ruolo della famiglia, della donna e la tutela dell'infanzia: la Costituzione Italiana è il primo passo verso un processo di cambiamento della concezione dei loro diritti e doveri.

L'art. 29, riconoscendo la parità tra uomo e donna nella famiglia e nella società, definisce la famiglia come *una società naturale fondata sul matrimonio* e stabilisce l'eguaglianza morale e giudica dei coniugi⁴; viene valorizzata l'importanza dell'unità familiare. Permane un atteggiamento conservatore dell'unità familiare, ma il matrimonio è ordinato sull'eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge. La Costituzione sancisce quindi il principio di uguaglianza tra i sessi e il diritto all'uguale trattamento retributivo tra uomini e donne⁵.

L'Assemblea Costituente riconosce inoltre la necessità di tutela dei figli nati fuori dal matrimonio ma tale previsione è fortemente limitata dal fatto che la protezione della famiglia legittima è più importante di quella del minore *illegittimo* poiché la tutela giuridica e sociale dei figli nati fuori dal matrimonio deve essere compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima⁶.

Occorre attendere un decennio prima di avere ulteriori sviluppi legislativi. Anche grazie all'impulso dei movimenti sociali (femminismo, movimento studentesco,

³ Regio Decreto del 24 dicembre 1934, n. 2316, *Testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia*.

⁴ Costituzione della Repubblica italiana

⁵ Cfr. Art 3 e 37, Costituzione della Repubblica italiana

⁶ Cfr. Art 30, Costituzione della Repubblica Italiana

antimanicomiale, dei sindacati,...) ed alla sempre crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro negli anni Settanta del Novecento molti *furono i cambiamenti in Italia dei ruoli familiari, sia dentro la coppia che tra le generazioni* (Saraceno, Naldini, 2007:224). L'introduzione della legge sul divorzio nel 1970 e la riforma del diritto di famiglia nel 1975 favorirono una relazione paritaria tra uomini e donne e i rapporti tra famiglia di fatto e famiglia coniugale, equiparando quasi del tutto i figli nati fuori dal matrimonio con quelli nati nel matrimonio. La parità tra i coniugi venne favorita, sul piano legislativo, con l'abolizione del ruolo e dei diritti del *pater familias* e con la precisazione che *con il matrimonio si acquistano gli stessi diritti e si assumono i medesimi doveri*⁷.

In sostituzione della concetto di *patria potestà* la riforma del diritto di famiglia introduce dal 1975 quello di potestà genitoriale sottolineando che è responsabilità di entrambi i genitori *l'obbligo di mantenere, istruire ed educare la prole, in proporzione alle loro capacità e alle loro sostanze*⁸. La legge di riforma ridefinì inoltre le questioni patrimoniali tra i coniugi sancendo il passaggio dal regime di separazione a quello di comunione dei beni ed affermò il principio del *prioritario interesse del minore* e della separazione tra gli obblighi di mantenimento e quelli di cura e educazione.

Nel processo di riconoscimento dei diritti di autodeterminazione e di scelta consapevole da parte della coppia e della donna è importante citare la legge che dal 1978 consente l'interruzione volontaria di gravidanza⁹ favorendo l'informazione sui temi della procreazione consapevole e responsabile e lo sviluppo dei metodi contraccettivi e l'emanazione della legge sulla violenza sessuale nel 1996¹⁰.

In riferimento specifico ai minori verso la metà degli anni '60, in concomitanza con il movimento di opposizione alle istituzioni totali, fu determinante l'approvazione della legge sull'adozione legittimante o *adozione speciale*¹¹ che, tra le altre cose, attribuì, ai Tribunali per Minorenni nuove competenze ai fini della protezione all'infanzia abbandonata. I minori senza famiglia poterono essere adottati e divenire figli legittimi di un'idonea famiglia; al tribunale dei minorenni spettò il compito di accertare e dichiarare lo stato di abbandono definito come *privazione di assistenza materiale e morale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi* (Caffo, 1988:223).

Le riforme degli anni Settanta vedono nuovi soggetti responsabili in materia assistenziale e quindi della protezione della donna, dell'infanzia e della famiglia. Il processo di decentramento è stabilito dalla Costituzione che trasferisce le funzioni dello Stato alle Regioni che vengono investite di poteri legislativi di secondo livello che si

⁷ Art.143, Cod. Civ

⁸ Art.148, Cod. Civ.

⁹ Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

¹⁰ Legge 15 febbraio 1996, n. 66, Norme contro la violenza sessuale

¹¹ Legge 5 giugno 1967, n. 431, Modifiche al titolo VIII del libro I del Codice Civile dell'adozione ed inserimento del nuovo capo III con il titolo dell'adozione speciale

concretizzano nella possibilità di emanare leggi regionali *nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato*¹².

E' la legge n. 382 del 1975¹³ che stabilisce il trasferimento alle Regioni di tutte le materie indicate all'art.117 della Costituzione, mentre il decreto n. 616 del 1977¹⁴ è lo strumento attraverso il quale lo Stato valorizza le politiche sociali regionali e stabilisce che l'organizzazione e l'erogazione dei servizi assistenziali spetta ai Comuni, singoli o associati.

Rispetto all'ambito sanitario, con la legge 833 del 1978¹⁵ viene istituita l'Unità sanitaria locale (USL), organismo attraverso il quale i Comuni provvedono all'assistenza sanitaria che comprende *la protezione sanitaria materno-infantile, l'assistenza pediatrica e la tutela del diritto alla procreazione cosciente e responsabile*¹⁶.

2. La tutela giuridica del minore

La storia dell'infanzia evidenzia un quadro nel quale la società ha spesso guardato al soggetto in formazione in modo del tutto inadeguato. Il termine stesso minore, etimologicamente *più piccolo (...), inferiore (...), di importanza secondaria, di rilevanza ridotta (...), chi non ha ancora acquisito per la minore età, la capacità giuridica di agire* (Cortellazzo, Zolli, 1999), sottolinea una condizione di minorità umana, di incompiutezza e dipendenza da altri. In quest'ottica l'educazione può portare ad essere una persona attraverso percorsi nei quali gli adulti plasmano la personalità piuttosto che ricercare individualità personali meritevoli di rispetto.

Le ambivalenze esistenti nella società nei confronti dell'infanzia si ripercuotono anche nella sostanziale assenza di norme precise nell'ambito del diritto. Quest'ultimo nasce infatti dalla società, ne recepisce valori e pregiudizi che trasforma in norme regolatrici delle relazioni tra le persone. Se per la società il ragazzo non è ancora persona anche per il diritto assume questo significato.

Ricostruire la storia del minore che diventa un soggetto giuridico significa analizzare il panorama legislativo nazionale ed internazionale che ha reso possibile tale mutamento e le evoluzioni degli assetti istituzionali ed organizzativi dei servizi

¹² Art. 117, Costituzione della Repubblica italiana

¹³ Legge 22 luglio 1975, n. 382, Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione

¹⁴ D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all' art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382, G.U. 29 agosto 1977, n. 234, suppl. ord.

¹⁵ Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

¹⁶ Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza

(Dellavalle, 1995; Moro, Fadiga, 2006; Ardesi, Filippini, 2008; Bertotti, 2012; Condò 2012).

Storicamente il problema della tutela del bambino all'interno della sua famiglia si pone per le diverse società solo nel XIX secolo. Nel 1871 viene aperta a New York la prima associazione in favore di bambini maltrattati e nel 1909 viene fondata l'*American Association of Study and Prevention of Infant Mortality* (Covini, 1988). Ad un primo tentativo di creare uno statuto dei diritti dei minori, spinto dai movimenti anglosassoni, si assiste nel 1924 quando la Società delle Nazioni approvò una Dichiarazione dei diritti del fanciullo che enunciava, sebbene in modo sommario, alcuni diritti fondamentali la cui attuazione poteva favorire un adeguato sviluppo umano. Tale dichiarazione dava impulso alle comunità nazionali affinché provvedessero sul piano giuridico.

Solo negli anni '60 del secolo scorso, tuttavia, il tema inizia a ricevere maggiori attenzioni e in questo ambito è fondamentale la Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo approvata dall'ONU nel 1959, dove in primo luogo viene sancito il principio in base al quale *il fanciullo deve beneficiare di speciale protezione e godere di possibilità e facilitazioni, in base alla legge e ad altri provvedimenti, in modo da essere in grado di crescere in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale, in condizioni di libertà e di dignità (...)*.

Principi guida sono l'interesse del bambino, che viene considerato come superiore, e la sua tutela in quanto titolare di diritti e soggetto da proteggere, anche in situazioni di *minoranza fisica, mentale o sociale* e da ogni *forma di negligenza, crudeltà o sfruttamento*.

Si ribadisce il principio fondamentale in base al quale ogni bambino, per quanto possibile, deve vivere nella sua famiglia e solo in circostanze eccezionali può essere separato dalla madre, in tenera età.

In Italia prima del 1948 il minore era completamente soggetto alla potestà genitoriale, un individuo con pochi diritti: il concetto di tutela dei minori può essere collocato storicamente a partire dal momento in cui attraverso la Costituzione italiana il bambino inizia a diventare un soggetto di diritto (Dellavalle in Crivillè, 1995).

Sebbene la Costituzione affronti il tema della tutela dei diritti dei minori le carenze dell'ordinamento italiano prima degli anni Settanta erano però ancora rilevanti poiché era ristretta la sfera dei diritti riconosciuti e poco chiara e tematizzata la comprensione dei bisogni fondamentali del minore che dovevano essere appagati, tutelati e promossi anche attraverso il diritto. Erano infatti presenti determinati doveri da parte dell'adulto, sanzionabile in caso di trasgressione ma non erano riconosciuti diritti in proprio al minore. Si deve attendere fino al 1967 per il riconoscimento del diritto del minore, quando le difficoltà ed incapacità genitoriali potevano inficiare la sua crescita, ad avere una nuova famiglia in sostituzione di quella non adeguata (Fadiga, 2006).

Le carenze dell'ordinamento italiano erano riferibili a tre grandi aree.

Sul piano civilistico, vi era il riconoscimento di alcuni diritti patrimoniali ma erano molto scarsi i diritti di personalità che, sebbene contemplati, non tenevano in

considerazione i bisogni di un soggetto in formazione. La nomina di un curatore, l'adozione (consentita a coppie che avessero più di cinquant'anni), la disciplina dell'eredità, tutti istituti finalizzati alla tutela patrimoniale, convivevano con norme che non permettevano il riconoscimento del figlio illegittimo, la delega a terzi delle funzioni educative che potevano in ogni caso essere esercitate attraverso un potere assoluto sui figli, la possibilità per i bambini senza famiglia di essere accolti in un'altra famiglia attraverso l'istituto dell'affiliazione che serviva per dare forza lavoro alla famiglia. La *ratio* di tali istituti era rappresentativa di una concezione dei bambini e dei ragazzi visti come soggetti da addestrare, strutturare, sfruttare e non come persone da proteggere nelle esigenze di sviluppo ed evoluzione dell'identità personale.

Rispetto alla tutela penale, la logica di tutto l'ordinamento è di generale sottovalutazione delle esigenze di sviluppo della personalità del minore: se vittima di reato l'attenzione era posta sull'integrità fisica piuttosto che su quella psicologica ed affettiva e se autore di reato gli interventi erano permeati da un atteggiamento paternalistico: vi era una riduzione della pena, distinzione e specializzazione degli istituti di pena ma senza un lavoro di comprensione dei motivi che avevano portato alla devianza e la possibilità di attivare o riattivare percorsi di formazione della personalità.

Anche sul piano assistenziale si confermavano le tendenze delle altre due aree. Le esigenze di crescita e di sviluppo sono sottovalutate mentre è presente un'enfatizzazione sull'educazione come strategia per evitare la devianza. L'intervento assistenziale è finalizzato, come in molti altri settori (è significativo al proposito che la legge del 1890 accomunasse come strumenti di tutela sociale non solo i manicomi a anche le case di correzione ed i brefotrofi), alla tutela della comunità degli adulti dalle devianze adolescenziali.

Occorre collocare la situazione descritta non solo nell'ambito della cultura del tempo ma anche in ragioni strettamente collegate all'ordinamento giuridico pre-costituzionale. La concezione patrimonialistica del diritto privato tendeva a non considerare i diritti di personalità dei cittadini e questo aveva come diretta conseguenza la scomparsa di soggetti, e tra questi quelli in formazione, che non avevano interessi di natura patrimoniale. Ulteriore elemento di complessità della materia era la tendenza a non prevedere interventi legislativi particolaristici e tutele differenziate a seconda delle esigenze occupandosi, al contrario del cosiddetto soggetto unificato e cioè il soggetto normale della società borghese. In ultimo, la scissione tra capacità giuridica, riconosciuta anche ai minori, e capacità di agire, riconosciuta solo a soggetti capaci di far valere le proprie istanze, rendeva difficile l'emergere di diritti di personalità in capo ai minori la cui tutela spettava all'adulto loro rappresentante il quale si trovava spesso nella condizione di poterli negare o comprimere (Moro, Fadiga, 2006).

Solo negli ultimi tre decenni l'ordinamento giuridico italiano ha iniziato a riconoscere che anche colui che non ha raggiunto la maggiore età è titolare di una gamma di diritti ampia e non solo riconducibile ai diritti patrimoniali. In precedenza la

sfera dei diritti riconosciuti ai minori e la comprensione dei fondamentali bisogni del minore era identificata attraverso doveri che gli adulti avevano nei loro confronti, in risposta a possibili trasgressioni l'ordinamento si limitava a prevedere sanzioni a loro carico.

Dagli anni sessanta del Novecento, per iniziativa di un gruppo di magistrati, si sono avviati tentativi di elaborazione di un sistema giuridico in grado di raggruppare e collegare le diverse norme che si occupano del soggetto in formazione riconoscendo, sulla base dei dettati costituzionali, una serie di diritti ai soggetti in formazione (Moro, Fadiga, 2006).

Dopo le varie riforme degli anni Settanta il diritto di famiglia mira alla tutela dei singoli componenti della famiglia, considerando preminente l'interesse del minore, e quindi dei figli, su quello dei genitori (Pitch, 1998).

Nel 1989 viene stipulata dall'ONU la Convenzione internazionale sui Diritti dell'Infanzia, che pone l'obbligo di *proteggere i minori dalle violazioni dei diritti stabiliti con la Dichiarazione del 1959*.

In particolare tale Convenzione, che si rivolge in generale a persone di età inferiore ai diciott'anni, sottolinea una serie di diritti fondamentali quali ad esempio il diritto alla vita, ad un nome, all'educazione, a essere cresciuto e a conoscere i genitori¹⁷.

Inoltre ogni Stato che ha sottoscritto il Trattato deve prevedere delle forme di protezione del minore *contro ogni forma di violenza, di oltraggio o di brutalità fisiche o mentali, di abbandono o di negligenza, di maltrattamenti o di sfruttamento, compresa la violenza sessuale*.

In generale viene posto come superiore l'interesse del fanciullo rispetto a tutte le decisioni che lo riguardano, la Convenzione richiama l'attenzione sull'importanza non solo di riconoscere i diritti di libertà e i diritti sociali come il diritto alla salute, all'istruzione, alla risocializzazione del deviante ma anche di individuare prassi applicative che permettano una attuazione concreta dei diritti.

Il diritto internazionale, sin dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo¹⁸, considera fondamentale l'interesse del minore che ogni Nazione ha il dovere di tutelare. Il principio viene applicato in Italia nel 1991¹⁹ quando la Convenzione della Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia è stata ratificata: *l'interesse del fanciullo è sempre preminente e tutti gli Stati devono garantire la protezione e le cure necessarie al benessere del minore. Al fanciullo deve essere garantita la preservazione della sua identità, della sua nazionalità e della sua famiglia. Il fanciullo è libero di esprimere la sua opinione su ogni questione che lo interessa, ha diritto alla libertà di espressione, di*

¹⁷ A questo proposito all'art. 9 della Convenzione si considera di fondamentale importanza la possibilità che il minore viva con i suoi genitori, ad esclusione di alcune situazioni, come in caso di maltrattamento o sfruttamento, nelle quali il bambino può essere allontanato dai genitori. Con ciò non si impedisce al minore di mantenere, laddove possibile, dei contatti con le figure genitoriali.

¹⁸ La Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza è stata approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite (ONU) a New York il 20 Novembre del 1989

¹⁹ Legge 27 maggio 1991, n.176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989

*pensiero, di coscienza e di religione ed ampia autonomia*²⁰. Il riconoscimento dei diritti e dei bisogni dell'infanzia, sostenuto anche da leggi che prevedono modalità di intervento basate sulla collaborazione tra diverse figure professionali e istituzioni in situazioni nelle quali i minori sono in situazioni di rischio per il loro sviluppo psico-fisico, ha favorito una maggiore sensibilità verso le problematiche relative al maltrattamento infantile.

Con il riconoscimento dei diritti, il minore diventa un soggetto da tutelare in tutte le situazioni da cui deriva un presunto o reale disagio o danno: un bambino, anche se figlio, è un individuo, distinto dalla sua famiglia, la quale ha il dovere di accettarlo per la sua individualità e di provvedere alla sua crescita e sviluppo (Ghezzi, 1996). Tutelare i minori nelle situazioni che arrecano loro danno, o possono farlo, significa, al contempo, attivare azioni di sostegno e tutela nei confronti dei loro genitori attraverso interventi di supporto finalizzati a migliorarne le competenze genitoriali (Ghezzi, Vadilonga, 1996).

A partire dal riconoscimento giuridico di bisogni e diritti dell'infanzia, si sviluppa un grande interesse riguardo alle problematiche del maltrattamento infantile inteso secondo il IV Colloquio Criminologico del Consiglio d'Europa (Strasburgo 1978 in Campanini 1993) come *gli atti e le carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino*.

L'importanza assunta da tale fenomeno coincide con la nascita di nuovi servizi e l'entrata in vigore di nuove leggi (Bertotti, 2012).

In tale ambito si sottolinea la necessità di avviare azioni intersettoriali che coinvolgano ambiti diversi (sociale, sanitario, educativo), al fine di promuovere interventi a favore della salute pubblica.

3. Dalla tutela giuridica del minore alla tutela della famiglia

Come afferma Ronfani (2008), in anni recenti la cultura giuridica si è espressa a favore della prospettiva dei diritti relazionali: a fronte della consapevolezza della compresenza di diritti in capo a genitori e figli e della difficoltà di differenziarli tale prospettiva evidenzia come essi siano strettamente interdipendenti e complementari (Minow, 1990; Resta, 1998; Moro, Fadiga, 2008).

²⁰ Legge del 27 maggio 1991, n. 176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989

In tale accezione nelle relazioni familiari i diritti soggettivi esprimono la dimensione affettiva dei diritti umani, il bisogno di sicurezza nelle relazioni interpersonali (Scaparro, 2003).

Sottolineando la centralità dell'assunzione di responsabilità anche attraverso i compiti di cura da parte degli adulti nei confronti dei minori, la prospettiva dei diritti relazionali può incorrere nel rischio di accentuare la dipendenza del minore dall'adulto ma si ritiene che la compresenza di un fuoco di attenzione sulla partecipazione dei bambini, ai quali viene riconosciuto il diritto di parlare ed essere ascoltati, può limitare tale rischio (Smart, 2003).

Il diritto di famiglia e minorile italiano, coerentemente con il sistema di valori costituzionali e con i principi sovranazionali, tende alla protezione e promozione dello sviluppo della personalità dei minori sostenendo che affrontando il tema non può essere assunto un punto di vista che contrappone diritti dei genitori e dei loro figli a danno di una prospettiva che li vede invece reciprocamente interdipendenti.

Sempre più frequentemente, in questa prospettiva, l'autorità giudiziaria assume l'obiettivo di garantire una giustizia che possa rigenerare i legami favorendo la ripresa della relazione con un miglioramento delle relazioni educative disfunzionali interrotte. *L'iter* giuridico può diventare in questo senso un percorso nel quale i genitori vengono aiutati, anche dall'intervento del giudice, a recuperare le loro competenze e capacità (Ardesi, 2008).

Nel nostro ordinamento, pur in presenza di trasformazioni che negli anni si sono susseguite, esistono numerose norme che definiscono ed impongono la presenza dello Stato e quindi delle Istituzioni, tra le quali anche il servizio sociale, nell'ambito della tutela e della promozione dell'infanzia, della famiglia e delle relazioni interpersonali.

Lo Stato italiano si impegna a favorire la formazione della famiglia e l'adempimento dei suoi compiti emanando alcune leggi, tra le quali la legge per la *promozione di diritti ed opportunità per l'infanzia*²¹ che mira alla realizzazione di servizi di preparazione e di sostegno alla relazione genitore-figli, di contrasto della povertà e della violenza, nonché di misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali. La legge incentiva anche con contributi economici la realizzazione di servizi ricreativi ed educativi per il tempo libero, di azioni positive per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, per l'esercizio dei diritti civili fondamentali, per il miglioramento della fruizione dell'ambiente urbano e naturale da parte dei minori, per lo sviluppo del benessere e della qualità della vita dei minori, per la valorizzazione, nel rispetto di ogni diversità, delle caratteristiche di genere, culturali ed etniche. Infine lo Stato si impegna a sostenere economicamente le famiglie naturali o affidatarie che abbiano al loro interno uno o più minori con *handicap* al fine di

²¹ Legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza

migliorare la qualità del gruppo-famiglia ed evitare qualunque forma di emarginazione e di istituzionalizzazione.²²

Sul tema dei servizi e delle iniziative per la tutela delle persone e delle famiglie interviene nuovamente nel 2000 la legge n. 328 che definisce il ruolo della Repubblica Italiana nel garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e la riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare²³.

E' attraverso un sistema integrato di interventi e servizi sociali che lo Stato oggi garantisce la piena tutela dei diritti propri della famiglia e del minore.

Il soggetto in età evolutiva non ha la capacità di percepire chiaramente quali sono i suoi diritti e di pretenderne l'attuazione, ha bisogno pertanto di qualcuno che garantisca e promuova i suoi diritti. E' prevalentemente il nucleo familiare a fornire i supporti di cui il minore ha bisogno ma non sono infrequenti situazioni nelle quali il nucleo familiare stesso è carente ed ha bisogno di sostegno per poter svolgere la funzione personalizzatrice e socializzatrice (Moro, Fadiga, 2008). L'incapacità di percepire il figlio come un titolare di diritti autonomi e specifici o l'incapacità di chiedere alla società gli interventi indispensabili per rendere i diritti risulta evidente in situazioni di maltrattamento ai danni di minori.

Tale rischio è anche presente, riprendendo il concetto di famiglia multi-problematica (Cirillo, Cipolloni, 1994) in famiglie dove sono presenti fattori di problematicità²⁴ personale o sociale.

Quando il nucleo familiare o membri dello stesso presentano delle difficoltà, non si può, parlando di tutela del minore, non occuparsi della sua famiglia: aiutare il minore significa infatti fornire un appoggio al nucleo familiare (Ghezzi, 1996).

Oltre a ciò assumere una posizione di tutela del minore, ma anche della sua famiglia, significa rifiutare la contrapposizione tra il minore, visto come una vittima, e il genitore considerato come il colpevole, portando in alcuni casi l'operatore a scegliere la parte, bambino o genitori, con cui schierarsi. Dellavalle (1995) fa riferimento alle situazioni di maltrattamento in cui, soprattutto anni addietro si applicavano degli interventi protettivi nei confronti dei figli, ma punitivi verso i genitori. Ciò spesso aveva come conseguenza quella di portare l'operatore a fare una scelta, decidendo se tutelare il bambino non occupandosi della famiglia, o aiutare la famiglia, negando i problemi del bambino.

L'aspetto appena evidenziato appare particolarmente importante in riferimento al tema di ricerca presentato in questo lavoro. Sono numerose le ricerche e le pubblicazioni che affrontano il tema del sostegno alle competenze genitoriali ed

²² Art. 3, Legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza

²³ Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

²⁴ Si rimanda al secondo capitolo per una disamina del tema, si anticipa per chiarezza che il termine famiglia multi-problematica viene coniato intorno agli anni '50 per definire "una tipologia di nuclei familiari all'interno dei quali più membri manifestano problemi di comportamento e di adattamento sociale o sono portatori di patologie, e che per tali ragioni entrano frequentemente in contatto con servizi sociali e sanitari per periodi di tempo piuttosto prolungati", Cirillo, Cipolloni, 1994.

evidenziano le tensioni etiche e professionali nella gestione di queste situazioni: il dilemma tra la tutela del minore e del genitore quando questo è affetto da patologia psichiatrica non è affrontato nello specifico pur a fronte di un incremento della casistica. Sono altresì numerose le pubblicazioni che indagano il rapporto tra i due servizi coinvolti negli interventi di sostegno alle competenze genitoriali, il servizio sociale ed il servizio di psicologia dell'età evolutiva o di neuropsichiatria infantile. Affrontando il tema specifico degli interventi in situazioni di adulti con patologia psichiatrica occorre provare a far luce sui rapporti interprofessionali che intercorrono tra figure istituzionalmente deputate alla tutela dei minori e delle loro famiglie, gli assistenti sociali, e professionisti che nell'ambito del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari si occupano degli interventi di cura e di riabilitazione dell'adulto, gli psichiatri. Come si vedrà la complessità di questa collaborazione trova origine in aspetti connessi alle differenti culture professionali ed organizzative ma è strettamente interrelata anche alla contrazione delle risorse disponibili che rende necessarie scelte progettuali non sempre coerenti con i reali bisogni delle famiglie.

Tornando ai temi generali che permettono di delineare il *framework* teorico nel quale la ricerca si colloca, occorre tenere in considerazione il fatto che genitori che agiscono delle condotte dannose nei confronti dei loro figli, possono essere persone che portano con sé una sofferenza legata alla propria storia personale o ai disturbi di cui sono affetti. Si tratta di famiglie in crisi, dove spesso le difficoltà di cura dei figli sono sintomo di una *patologia relazionale del nucleo*. Situazioni dannose per i figli, derivano sia da un bagaglio personale di sofferenze dei singoli genitori, da eventi critici familiari, da condizioni economiche-sociali sfavorevoli ma anche dalle modalità relazionali dei singoli genitori, basate su incomprensioni e attese non corrisposte (Ghezzi, 1996).

Parlare di tutela del minore e della famiglia deve far pensare a situazioni diverse, in cui accanto a casi più gravi, ve ne sono altri meno gravi. In ogni situazione occorre comprendere se le capacità genitoriali possono essere recuperate oppure se questo non è più possibile.

Nella prima situazione il minore rimane nel nucleo familiare e la tutela si realizza attraverso l'attuazione di interventi di supporto sia rispetto al bambino che ai suoi genitori.

In questi casi possono essere attivati sostegni educativi a domicilio, inserimenti in centri educativi o interventi psicologici effettuati dagli operatori della Neuropsichiatria infantile (N.P.I.) o della psicologia dell'età evolutiva.

Riguardo ai genitori possono essere attuati sostegni assistenziali attraverso personale qualificato che li aiuta nella gestione quotidiana delle necessità familiari o supporti psicologici finalizzati a migliorare le capacità genitoriali e la relazione con i figli.

Se i genitori presentano dei disturbi psichiatrici o dei problemi legati all'abuso di alcol o altre sostanze, è necessario coinvolgere i servizi preposti alla diagnosi, cura e trattamento di tali patologie, ovvero il Dipartimento di salute mentale o il Servizio per le

tossicodipendenze, anche attraverso l'attuazione di progetti condivisi tra i diversi servizi coinvolti.

Se le competenze genitoriali non possono essere recuperate e si è in presenza di situazioni molto gravi e altamente rischiose per il minore, è invece possibile attivare degli interventi sostitutivi alla famiglia allontanando il bambino dal nucleo familiare. Rispetto ai genitori possono essere decise, dall'autorità giudiziaria, delle limitazioni o la decadenza della potestà sui figli (art. 330, 333, 402 Codice Civile).

Rispetto all'allontanamento dal nucleo familiare occorre fare alcune considerazioni.

Innanzitutto l'allontanamento può rappresentare una soluzione temporanea oppure definitiva. Nelle situazioni in cui viene disposto d'urgenza (art. 403 CC) l'intenzione è quella di proteggere il minore ma tale intervento non possiede nessuna progettualità sul futuro del minore e della famiglia (Ghezzi, 1996). La progettualità viene differita ad un momento successivo nel quale sarà valutata la situazione e le possibilità di recupero.

L'allontanamento può anche essere disposto, con apposito decreto, dal Tribunale per i Minorenni, in seguito ad una segnalazione di una situazione pregiudizievole: in questo caso l'autorità giudiziaria incarica i servizi locali, sociali e sanitari, di indagare sulla situazione familiare e di valutare la recuperabilità della relazione tra genitori e figli.

Se la prognosi è positiva si tratta di un allontanamento temporaneo che può essere effettuato in una struttura residenziale o con l'attivazione dell'affidamento, in genere familiare.

Tale istituto è previsto dalla legge 149/01²⁵, che all'articolo 2, indica l'affidamento familiare²⁶ come scelta prioritaria e solo nei casi in cui non può essere attuato il minore viene inserito o in una comunità di tipo familiare o in un istituto di assistenza pubblico o privato²⁷.

L'affidamento familiare è una forma di tutela del minore e di supporto della sua famiglia *temporaneamente inabilitata a curare adeguatamente i propri figli* (Ghezzi, 1996).

In queste situazioni è possibile intervenire a supporto dei genitori attraverso un percorso terapeutico-riabilitativo che si conclude con il ritorno presso il nucleo familiare del minore allontanato se la famiglia ha provveduto a rimuovere gli ostacoli che hanno reso necessario l'allontanamento del bambino.

²⁵ Legge 28 marzo 2001, n. 149. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", nonché al titolo VII del libro primo del codice civile.

²⁶ Art. 2, comma 1, legge n. 149/2001. Si può distinguere tra affidamento intra o etero familiari: nel primo caso il minore è affidato a dei familiari, mentre nel secondo caso ad un'altra famiglia. Inoltre è possibile definire diversi tipi di affidamento a seconda delle finalità che con esso si vogliono perseguire.

²⁷ Art. 2, comma 2, legge n. 149/2001.

L'azione di supporto che viene realizzata nei confronti della famiglia naturale ha come fine l'attuazione di un cambiamento (Ghezzi, 1996): questo processo è sicuramente più complesso nei casi in cui i genitori sono contrari all'allontanamento o in quelle situazioni nelle quali non c'è consapevolezza dei danni o dei rischi riguardo ai minori.

Disporre l'allontanamento di un bambino dalla sua famiglia non significa mettere in atto una misura punitiva nei confronti dei genitori, quanto piuttosto agire una forma di tutela del rapporto con i figli: un percorso di sostegno potrà permettere il ritorno in una famiglia cambiata e in grado di favorire il suo sviluppo ed il suo benessere.

Quando l'allontanamento è definitivo, la tutela del minore avviene attraverso l'istituto giuridico dell'adozione (Guidi, Sessa, 1996), previsto nei casi di abbandono²⁸. In queste situazioni, valutata l'irrecuperabilità della relazione tra genitori e figli, vi è l'interruzione dei rapporti del minore con la famiglia d'origine e l'inserimento in un nuovo nucleo familiare.

In generale ha più senso parlare di supporto ai genitori nei casi in cui l'allontanamento rappresenta una soluzione temporanea o in quelli in cui il minore è rimasto nella famiglia d'origine, pur in presenza di difficoltà, ma anche in quei casi in cui sono state poste delle rilevanti limitazioni rispetto all'esercizio della potestà genitoriale²⁹.

Nello specifico il lavoro che viene attuato dagli operatori può essere sia di aiuto che di controllo, in quanto possono essere poste delle limitazioni, che devono però essere interpretate come *un'opportunità strutturante per i genitori*³⁰.

Allo stesso modo Cirillo e Di Blasio (1989) parlano di aiuto e controllo come due facce della stessa medaglia, volte entrambe a tutelare il minore e la sua famiglia.

I servizi sociali territoriali ricoprono il doppio mandato di controllo ed aiuto nel primo caso vigilando sul rispetto delle prescrizioni dell'autorità giudiziaria e, nel secondo, sostenendo la famiglia attraverso l'attivazione di interventi assistenziali, terapeutici, educativi.

In generale sia le azioni di supporto che quelle di controllo dovrebbero essere finalizzate al sostegno e al recupero delle capacità genitoriali.

Il lavoro che può essere attuato con la famiglia è di tipo valutativo-diagnostico ed è finalizzato alla valutazione della *recuperabilità* del rapporto tra genitori e figli.

²⁸ Art. 8, legge 149/01, comma I. Per stato di abbandono dei minori si intende una situazione in cui questi sono "privi di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o dei parenti tenuti a provvedervi, purché la mancanza di assistenza non sia dovuta a causa di forza maggiore di carattere transitorio".

²⁹ Ad esempio nei casi previsti dagli art. 330 comma II e 333 cod. civ., dove a fronte di un abuso o maltrattamento si può richiedere l'allontanamento del genitore; o ancora all'art. 330, comma I cod. civ., quando si prevede la decadenza della potestà genitoriale per i casi che comportano un grave pregiudizio per il minore.

³⁰ Dellavalle in Crivillè, 1996. Le limitazioni sono qui intese come quelle derivate dall'intervento dell'autorità giudiziaria: un tempo gli operatori interpretavano il ricorso al tribunale come un fallimento dell'azioni di aiuto. Al contrario, negli anni più recenti si presuppone che l'aiuto fornito ai genitori serva a tutelare il minore e il porre dei limiti, per proteggere il minore, può essere un'occasione di cambiamento per i genitori. p. 38.

La realizzazione di azioni che possano tutelare il minore e contemporaneamente la sua famiglia richiede un lavoro integrato tra diversi servizi, istituzioni e diverse figure professionali, che devono però operare per un progetto comune³¹.

Tra i servizi sanitari, un ruolo importante è assunto dagli psichiatri del Dipartimento di salute mentale che sono spesso chiamati a valutare il grado di recuperabilità della relazione tra genitori e figli³².

Nella prospettiva relazionale, i servizi sociali territoriali ricoprono una posizione preminente per la tutela del minore e della famiglia, spesso occupandosi di segnalare al Tribunale per i Minorenni situazioni di pregiudizio per il minore o effettuando una valutazione, a seguito dell'incarico dell'autorità giudiziaria, di una data situazione familiare; oppure progettando ed attivando degli interventi di allontanamento (Bortolotti, Galli, Garavini, 1994; Bertotti, 2012). A ciò si aggiungono tutti gli interventi di supporto a favore sia del minore che della famiglia, che vengono attuati quando il bambino rimane nel nucleo familiare.

Tra le figure professionali che operano all'interno dei servizi sociali, un ruolo importante, riguardo alla tutela, è svolto dall'assistente sociale, che in generale agisce in base ad un mandato che è sia di aiuto, rispetto ai minori e alla famiglia, ma anche di controllo, dovendo rendere conto al magistrato dell'evolversi dei rapporti tra genitori e figli (Ghezzi, Vadilonga, 1995; Ardesi, Filippini, 2008, Bertotti, 2012).

Il lavoro di collaborazione tra diversi professionisti, servizi ed organizzazioni (nello specifico si evidenzia che gli assistenti sociali sono dipendenti degli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali mentre i medici psichiatri sono dipendenti di aziende sanitarie) è caratterizzato secondo una recente ricerca condotta nella regione Lombardia (Bertotti, 2012) da dilemmi strutturali legati alla continua necessità di trovare un bilanciamento tra bisogni dei bambini e dei genitori, dalla complessità della relazione con l'Autorità Giudiziaria e tra gli operatori delle rete dei servizi, dalle difficoltà nel rapporto con le proprie organizzazioni.

³¹ Si pensi ad esempio al percorso di intervento da attuare nei casi di maltrattamento e abuso, in base alla Delibera regionale piemontese n. 42-29997/2000, allegati a e b, al quale partecipano servizi sanitari, sociali, educativi, scolastici, l'autorità giudiziaria.

³² Questo in riferimento ai casi di abuso e maltrattamento in base all'allegato a, delibera regionale n. 42-29997/2000. Sempre in queste situazioni, se i genitori presentano problemi di dipendenza, può essere coinvolto in tale valutazione anche il SER.T.

Secondo Capitolo

Famiglie buone e cattive famiglie. Riflessioni e teorizzazioni sulla valutazione delle famiglie

Quali sono le famiglie buone e quali sono le cattive famiglie? La domanda non può avere risposte univoche stante la complessità di un tema influenzato da variabili culturali, sociali e etiche che si modificano nel tempo. Partendo dal presupposto che non esiste un “prototipo” di famiglia buona a cui riferirsi occorre riuscire a dotarsi di riferimenti teorici e metodologici che permettano di superare la contrapposizione tra adeguatezza ed inadeguatezza individuando quali saperi, competenze, organizzazioni caratterizzano le famiglie.

Il capitolo si propone di provare delineare alcune riflessioni e teorizzazioni che nell'ambito degli interventi di promozione e tutela dello sviluppo dei bambini e delle competenze genitoriali costituiscono, per gli operatori sociali e sanitari, elementi utili ai fini della valutazione di tali aspetti e della progettazione di interventi di sostegno delle competenze genitoriali.

Le cure parentali sono alla base del benessere sociale, interpersonale ed emotivo dei bambini ed il tipo di relazione che instaurano con gli altri è influenzato dalle

esperienze personali infantili. In considerazione del fatto che la valutazione delle competenze genitoriali tende a coinvolgere gli operatori anche sul piano dei sentimenti e delle convinzioni personali è fondamentale che gli esperti impegnati in questo complesso ambito siano guidati non solo dall'esperienza ma anche da conoscenze aggiornate (Reeder, Lucey, 1997:17).

Il modello teorico prevalente per la comprensione delle dinamiche familiari e del comportamento di cura dei figli al quale gli operatori – assistenti sociali e psichiatri - intervistati nel corso della ricerca presentata nella seconda parte riconducono le loro riflessioni è di matrice relazionale: i comportamenti ed i sentimenti dei vari membri del nucleo familiare sono reciprocamente influenzati in un modello di causalità circolare nel quale i *feedback* reciproci modificano gli apporti personali alla relazione. Inoltre, i fattori ambientali influenzano a loro volta i modelli familiari.

La valutazione dell'adeguatezza delle cure e dell'educazione date ad un bambino si è modificata nel tempo grazie alle conoscenze riguardo ai bisogni ed allo sviluppo dei bambini ed agli atteggiamenti verso i bambini e le famiglie.

L'analisi della letteratura effettuata mi ha permesso di individuare alcune teorie di riferimento che ho ritenuto maggiormente coerenti con il progetto di ricerca, nella prima parte del capitolo viene presentata la teoria dell'attaccamento di Bowlby che fornisce una chiave di lettura utile per comprendere come si struttura la relazione tra genitori e figli. Se è vero - riprendendo Bowlby - che ogni essere umano ha una capacità innata di fare il genitore e i bambini sono in grado di innescarla, occorre valutare la forma specifica della relazione che la connota e che è strettamente dipendente dalle esperienze personali.

Nella seconda parte viene definito il concetto di genitorialità che si può caratterizzare per quattro profili psicologici e vengono poi analizzate le locuzioni *minori a rischio* e *famiglia multi-problematica*.

In ultimo vengono affrontati i temi dei fattori protettivi e dei fattori di rischio che possono influenzare - positivamente o negativamente - la relazione genitori/figli e le competenze e gli interventi dei servizi socio sanitari a sostegno delle competenze genitoriali.

1. Cenni sulla teoria dell'attaccamento

La teoria sullo sviluppo affettivo che gode del più vasto seguito è quella proposta negli anni Sessanta da Bowlby (1907-1990): al centro di questa formulazione teorica troviamo l'idea che gli esseri umani, così come gli animali, hanno una tendenza

innata a cercare la vicinanza con uno o più individui. E' da questa tendenza che si originano l'amore dei bambini nei confronti della madre e del padre, dei genitori nei confronti dei figli, degli adulti per il *partner*, la gioia per la presenza della persona amata e il dolore per la sua assenza e per la sua perdita (Berti, Bombi, 2005:113-7). L'evoluzione della dinamica di attaccamento, definito come legame di lunga durata con forte connotazione emotiva ed indirizzato verso una persona specifica, solitamente il genitore, è sostanziale nello sviluppo personale: la garanzia di una base emotiva sicura nell'infanzia facilita lo sviluppo dell'autostima, dell'autonomia, della capacità relazionale. Al contrario problemi nei normali processi di attaccamento possono generare problemi di dipendenza che possono avere ripercussioni nella vita e nelle relazioni adulte, compresa quella con i propri figli.

Alcune condizioni di base, che devono essere compresenti, consentono la strutturazione del legame: è necessaria vicinanza tra il bambino e la sua figura di attaccamento, l'allontanamento, seppur temporaneo (si veda il caso di un bambino piccolo separato dalla madre in un ambiente poco familiare e quindi vissuto come pericoloso), genera una reazione di protesta, deve essere presente una base sicura, cioè la particolare atmosfera di sicurezza e di fiducia che s'instaura tra figura attaccata e figura di attaccamento.

L'attaccamento, concetto come detto sviluppato da Bowlby (1988) e Mary Ainsworth (trad. it. 2006), permette al bambino di avere la sicurezza di un luogo sicuro, nel quale poter tornare e questo gli permette di sperimentarsi con sicurezza nell'esplorazione del mondo esterno e dell'ambiente sociale. L'essere genitori implica quindi anche la capacità di fornire ai figli una base sicura: le competenze dell'adulto, fortemente influenzate dalla sua storia relazionale che può avere o meno favorito la maturazione di un adeguato sistema di cure, possono variare su un continuum che va dalla massima sensibilità e prontezza al rifiuto e alla negazione.

L'attaccamento si sviluppa attraverso un sistema di accudimento che favorisce il benessere del bambino e che lo protegge da situazioni di pericolo reali o potenziali. Secondo Sroufe e Fleeson (1988, cit. in Cassidy, Shaker, 2001) è nel passaggio dalla condizione di figlio a quella di genitore che emergono con maggior intensità le rappresentazioni mentali circa il prendersi cura, maturate dalle esperienze personali pregresse nella relazione con il proprio genitore.

Il sistema di accudimento è influenzato da fattori interni al genitore (credenze culturali, condizioni fisiche o mentali) e da fattori esterni, come le caratteristiche del bambino (condizione di salute, temperamento). E' importante evidenziare che le caratteristiche del bambino attivano le caratteristiche genitoriali e possono portare a comportamenti disfunzionali.

In sintesi, l'impulso a prendersi cura è biologicamente determinato ma presenta differenze individuali - determinate dall'esperienza precedente e dall'ambiente - nel modo in cui si accudisce.

Se è vero che nei primi anni di vita il legame di attaccamento è esclusivo e prevalentemente presente in ambito familiare e maggiormente con i genitori, con la crescita possono presentarsi nuove occasioni di sviluppo di legami di attaccamento all'esterno della famiglia tanto nel gruppo dei pari quanto nei confronti di altre persone adulte: queste relazioni interpersonali possono diventare importanti e complementari a quelle strutturate da bambini con i propri genitori. Ai fini della trattazione è importante evidenziare le differenze tra i legami di attaccamento infantili e quelli formati in età adulta: mentre le relazioni tra adulti sono caratterizzate da mutualità e simmetria, perché ciascuno risponde al bisogno dell'altro di essere amato e protetto, quelle infantili sono asimmetriche ed è frequente il bisogno di attivazione in situazioni di disagio fisico o emotivo o per il desiderio di sostegno o di conforto.

Ulteriori precisazioni - utile per la comprensione delle dinamiche intra-familiari e per la strutturazione del legame tra genitori e figli - è legata ai diversi stili di attaccamento studiati e descritti in letteratura. Le ricerche iniziali portate avanti da Ainsworth e Bowlby (1985) hanno portato a evidenziare un nesso tra l'evoluzione del legame di attaccamento infantile nell'arco di vita di un individuo e lo sviluppo del suo sistema comportamentale di cura, gli studi successivi (Ainsworth, 2006) evidenziano l'evoluzione del legame infantile, prima ancora che nello sviluppo delle competenze genitoriali, nella costituzione del legame di coppia (Quaglia, Longobardi, 2007:273-317). In considerazione di tali lavori che affermano, come abbiamo visto, che le capacità relazionali e le competenze di cura vengono acquisite attraverso le esperienze infantili, la prospettiva trigerazionale di studio delle dinamiche relazionali dei sistemi familiari proposta da Campanini (2002) e condivisa da numerosi operatori intervistati appare fondamentale per la comprensione dei meccanismi di funzionamento e di trasmissione degli stili e dei comportamenti.

2. Il concetto di genitorialità

Diventare genitori, dal punto di vista sociale e culturale una fase normale del ciclo vitale della persona, richiede un impegno attivo ed è crescente, nella nostra società, il livello di consapevolezza della responsabilità affettiva, sociale ed educativa connessa al ruolo.

Il termine genitorialità fa riferimento all'attitudine, per alcuni aspetti innata e geneticamente predeterminata e per altri acquisita e sviluppata lungo il percorso di sviluppo psico - socio - affettivo, grazie alla quale l'individuo, divenuto adulto, acquisisce la capacità di amare, proteggere e sostenere un nuovo nato nelle differenti

fasi della sua crescita. Genitorialità deriva dal latino *generare* (dare vita ad un individuo della stessa specie) e *genitor* (colui che genera), definisce la complessa funzione psichica, fisica, sociale, culturale ed affettiva che accompagna il procreare umano (Nardi in Dal Pra Ponticelli, 2005). Le funzioni connesse alla genitorialità sono definibili utilizzando apporti multidisciplinari: la sociologia, la psicologia, l'etnologia, l'antropologia, la pedagogia, la psichiatria, l'etnopsichiatria e il servizio sociale permettono di delineare un quadro nel quale viene superato l'aspetto meramente connesso alle dimensioni della maternità e paternità biologica. Con il termine genitorialità si introduce il concetto di responsabilità – condivisa tra la coppia genitoriale ma anche a livello sociale – nel gestire il legame con un figlio nelle sue molteplici componenti affettive, psicologiche, etiche, sociali e culturali lungo le differenti fasi del ciclo di vita.

Il concetto di *parenting*, che pone l'attenzione su insieme di comportamenti o stili genitoriali specifici che operano da soli o in sincronia nella definizione dei comportamenti infantili, permette una ulteriore specificazione del concetto di genitorialità (Di Blasio, 2005).

Gli autori che si sono occupati degli stili genitoriali (Bornstein, 1995; Baumrind, 1966; Maccoby e Martin, 1983 cit. in Di Blasio, 1995) hanno rilevato differenze rilevanti nella risposta ai bisogni fisici, alla quantità di tempo trascorsa con i figli, al tipo di interazione, agli atteggiamenti ed in generale nel modo in cui si prende cura del proprio bambino: tali differenze influenzano e caratterizzano la relazione che si instaura con lui ed il suo sviluppo.

Ulteriore aspetto che caratterizza il *parenting* è la capacità dei genitori di rispondere ai bisogni dei loro figli e la loro responsabilità cioè da un lato la capacità di trasmettere affetto e di supportare il bambino e dall'altro l'attitudine al promuoverne l'individualità, l'autoregolazione e affermazione. Risulta sostanziale anche la capacità di porre dei limiti (Baumrind, 1966:61-62).

Ampliando la prospettiva di studi precedenti Bornstein (1995:105-130) definisce il *parenting* come la capacità di prendersi cura del figlio, competenza che riguarda l'ambito fisico ed i bisogni corporei ma anche gli aspetti relazionali, affettivi, di socializzazione rispetto ai quali occorrono adeguate competenze relazionali e sociali da parte dei genitori. L'idoneità alle molteplici funzioni parentali finalizzate allo sviluppo psichico, affettivo, sociale e fisico è connessa ai bisogni ed alle necessità dei figli. Il *parenting* è costituito da competenze che si strutturano su quattro livelli³³: l'accoglimento e la comprensione delle esigenze primarie (fisiche e alimentari); le modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del bambino; i comportamenti che i genitori attuano per coinvolgere emotivamente i

³³ *Nurturant caregiving, material caregiving, social caregiving, didactic caregiving*, in Guttentag C.L., Pedrosa-Josic C., Laundry S.H., Smoth K.E., Swank P.R., "Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an Intervention With disadvantaged Mothers", in *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 27(4), 2006, pp. 349-369.

bambini in scambi interpersonali; le strategie che i genitori utilizzano per stimolare il figlio a comprendere il proprio ambiente.

Guttentag *et al* (2006: 349-69), individuano specifici patterns di abilità parentale partendo da quattro componenti correlate ad uno stile parentale comprensivo e responsivo caratterizzato dalla capacità di rispondere alle richieste, dalla capacità di mantenere un'attenzione focalizzata, dalla ricchezza del linguaggio e dal calore affettivo.

Le modalità di *parenting* sono influenzate dalle caratteristiche dell'adulto, del bambino e dall'ambiente che influenza in maniera indiretta le interazioni familiari.

2.1. Aspetti psicologici delle funzioni parentali.

Il modo in cui i genitori percepiscono e gestiscono l'assunzione del ruolo genitoriale è influenzato dalla personalità, intesa come un'organizzazione complessa, dinamica e coerente di variabili psicologiche (attributi, dimensioni, categorie, tratti) possedute da un individuo che, insieme o isolatamente, in maniera consapevole o non consapevole, influenzano i suoi comportamenti in varie situazioni (Greco, Maniglio, 2010).

Influenzano l'esercizio del ruolo genitoriale anche le credenze, l'autostima, l'autoefficacia, il perfezionismo e gli scopi.

Sulla base delle variabili di personalità, degli schemi relazionali e dei rapporti interpersonali Greco e Maniglio (2010:79-91) propongono quattro profili psicologici di genitore utili ai fini della nostra trattazione poiché permettono di delineare strategie parentali e comportamenti funzionali/non funzionali per lo sviluppo dei bambini.

Una prima tipologia è quella del genitore *sicuro e flessibile* caratterizzato da una disponibilità continua nei confronti dei figli che favorisce la sicurezza e la fiducia reciproca. I genitori che rientrano in questa tipologia insegnano abilità e competenze attraverso tecniche costruttive, danno delle proprie competenze genitoriali una valutazione positiva, affrontano i compiti parentali in maniera sicura, convinti di avere buone probabilità di successo. Si percepiscono come genitori efficaci, hanno la percezione di controllo sulla relazione con i figli e sugli eventi. Sono dotati di buone abilità di *coping*, per fronteggiare le situazioni stressanti, e della capacità di *problem-solving*, per analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche. Sono genitori flessibili nelle loro rappresentazioni mentali relative all'accudimento, riescono a bilanciare e integrare variabili legate alla situazione, alla personalità e ai

bisogni dei figli, nonché ai propri bisogni e obiettivi (Greco, Maniglio, 2010:95). Inoltre sono sicuri-autonomi nelle loro rappresentazioni mentali riguardo all'attaccamento, in quanto hanno una rappresentazione equilibrata ed integrata delle esperienze di attaccamento e dei loro effetti evolutivi. Considerano importanti le esperienze di attaccamento, indipendentemente dal fatto che siano state favorevoli o sfavorevoli, attribuendo a esse il giusto valore e rivolgendosi ad esse in modo obiettivo e indipendente, liberi di esplorare pensieri e sentimenti riguardo al passato, al presente e al futuro.

Le caratteristiche della loro personalità e delle loro rappresentazioni mentali circa l'attaccamento e l'accudimento li rendono genitori sicuri e flessibili capaci di adattarsi all'arrivo dei figli, in grado di coinvolgersi nei compiti parentali e di garantire un ambiente in grado di promuovere lo sviluppo dei loro bambini.

Il genitore sicuro-flessibile può favorire lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel bambino.

Una seconda tipologia è quella del genitore *distanziante-svalutante* caratterizzato da una capacità di cura limitata nei confronti dei figli basata sull'evitamento e sulla distanza.

La modalità di relazione prevalente è quella di una cura e protezione del bambino a distanza, non sono in grado di bilanciare e integrare i diversi aspetti legati alla situazione, alla personalità e ai bisogni dei figli, nonché ai propri bisogni e obiettivi. Tendono ad evitare, sottostimare o svalutare le richieste di attaccamento dei loro bambini, ponendo più attenzione ai propri bisogni e desideri. Pur riuscendo a rispondere ai bisogni dei figli non sottraendosi ai compiti di protezione e cura, tendono a minimizzare o a negare le esperienze di attaccamento e le loro conseguenze evolutive. Il loro approccio alla genitorialità è influenzato da meccanismi di idealizzazione dei propri genitori, mancanza di memoria riguardo all'infanzia, svalutazione delle esperienze di attaccamento e dei loro effetti. Le loro esperienze infantili, caratterizzate da uguali modalità relazionali non sono problematizzate, hanno pochi ricordi dell'infanzia, tendono a minimizzare i bisogni di attaccamento e di sostegno dei loro bambini e a respingerne le richieste di conforto o protezione, considerandole come insensate esagerate e da non soddisfare; anche prima di diventare genitori, mostrano poco entusiasmo verso i compiti parentali, in quanto prevedono di trarre poca soddisfazione dal nuovo ruolo e si adattano con difficoltà ai cambiamenti connessi all'arrivo dei figli. Il ruolo genitoriale è caratterizzato da una bassa autostima che li porta a gestire i compiti di cura con insicurezza e con la convinzione di avere poche probabilità di successo. Sono poco affettuosi nei confronti dei loro bambini, non gradiscono le richieste di affetto e di protezione dei figli e i compiti parentali sono vissuti come un peso o come un ostacolo agli obiettivi personali, ai loro scopi. Sono emotivamente freddi e distanzi, dimostrano difficoltà per il contatto fisico, povertà e rigidità nei comportamenti e nell'espressione delle emozioni.

Belsky, Steinberg e Draper (1991) evidenziano come tali modalità relazionali portano i bambini a scegliere una strategia di attaccamento di tipo *ansioso – evitante*, nella quale l'espressione dei bisogni di attaccamento è ridotta.

Questi bambini imparano, come strategia difensiva, a trascurare le proprie angosce, a mascherare il proprio disagio e a inibire o controllare l'espressione delle emozioni, evitando di manifestare le loro richieste per non infastidire inutilmente i genitori. L'attaccamento evitante permette una vicinanza a genitori a loro volta distanti e favorisce lo sviluppo di capacità autonome necessarie alla sopravvivenza e alla riproduzione precoce in condizioni ambientali molto dure.

Una terza tipologia è quella del genitore preoccupato ed incerto che ha caratteristiche di cura caratterizzate da disponibilità incostante nei confronti dei figli che producono relazioni basate sull'incertezza e sul controllo.

I genitori di questa tipologia hanno un'autostima instabile che causa *performance* incostanti. Il ruolo genitoriale è caratterizzato da manifestazioni di ansia, preoccupazioni e insicurezza, che compromettono la concentrazione sui compiti da svolgere e le capacità di pianificazione e di reazione agli imprevisti. Hanno difficoltà a comprendere i loro figli, a contenerne ed alleviarne il disagio, ad affrontare e gestire le situazioni difficili e le condizioni stressanti connesse con le responsabilità genitoriali. Secondo Solomon, George e Cavanna (2007:125), le loro strategie di accudimento sono intense ma inefficaci, poiché confuse e incerte, riescono, comunque, a rispondere ai bisogni dei loro bambini, non venendo mai meno ai compiti di protezione e cura, sebbene il loro accudimento non risulti equilibrato, in quanto tendono a sovrastimare gli stimoli di attaccamento dei propri figli e a sopravvalutare l'accudimento, dando più importanza ai loro bambini che a se stessi e tendendo ad amplificare i bisogni di attaccamento. Sono preoccupati, in maniera eccessiva e per nulla obiettiva, riguardo alle esperienze di attaccamento, hanno ricordi confusi e conflittuali sulle loro esperienze che raccontano in modo incomprensibile con lunghi riferimenti a questioni irrilevanti. Sono caratterizzati da sentimenti di rabbia, sottintesi o direttamente espressi, nei confronti dei genitori e bisogno di essere amati.

Sono prevalentemente confusi, preoccupati, si percepiscono senza possibilità di aiuto e di risoluzione dei loro problemi, e poco sicuri della loro capacità di relazionarsi ai figli. Alternano momenti nei quali non sono in grado di rispondere ai loro figli a momenti nei quali rispondono in maniera eccessiva, diventando intrusivi, iperprotettivi e controllanti. Non fidandosi delle capacità e delle competenze dei figli preferiscono adottare uno stile educativo ravvicinato e intrusivo, che lascia poca autonomia. Hanno difficoltà a separarsi dai figli, favoriscono la dipendenza a discapito dell'autonomia.

I figli di questa tipologia di genitori secondo Belsky, Steinberg e Draper (1991) hanno appreso di non avere garanzie di regolarità dei comportamenti parentali che sono intrusivi, eccessivamente stimolanti e controllanti, sono bambini, arrabbiati, non riescono a prevedere se le loro richieste di attaccamento saranno rifiutate se verranno

accolte. La situazione d'incertezza che sperimentano limita o impedisce la fiducia nelle relazioni interpersonali ed induce strategie di controllo per limitare l'imprevedibilità dei genitori. L'incapacità dei genitori di accogliere la loro angoscia li spinge a comportamenti difensivi, che consentono di mantenere la vicinanza a genitori non affidabili e di trovare una soluzione alle situazioni di paura, sebbene in maniera ambivalente o comunque non ottimale.

L'ultima tipologia individuata da Greco e Maniglio è quella del genitore *non risolto, inerme*. In questa tipologia troviamo genitori che possono spaventare i loro figli poiché mettono in atto in generale ed anche nei loro confronti modalità relazionali incoerenti, disorganizzate, caratterizzate da potere, aggressività e scarsa disponibilità. La relazione con i figli è caratterizzata da paura, imprevedibilità, ostilità e controllo. I compiti parentali sono vissuti come un peso enorme, non comprendono i bisogni dei figli, non sono in grado di aiutarli sul piano relazionale nell'espressione e regolazione delle emozioni, nell'offrire assistenza diretta e sostegno emotivo, attraverso atteggiamenti affettuosi, comprensivi e incoraggianti, per affrontare e risolvere in maniera costruttiva le avversità (Main, Cassidy, 1988:589). Il contesto nel quale i bambini possono sperimentarsi non incoraggia la creatività, la curiosità intellettuale, le attività scolastiche, non trasmette abilità e competenze per affrontare e risolvere i problemi. Questa tipologia di genitore non si interessa della quotidianità ed offre risposte incongrue, inappropriate. Le strategie relazionali si basano sulla competizione, su atteggiamenti intrusivi, coercitivi e, talvolta, seduttivi (Solomon, George, Cavanna, 2007:140).

Questi genitori possono presentare disturbi mentali o fare uso di alcool o droghe, spesso hanno subito esperienze traumatiche che non sono state affrontate, rielaborate, risolte e continuano ad influenzare il presente, sono genitori spaventati dalla loro mancanza di risorse e incapacità nel garantire la protezione del bambino, o dalla possibilità di poter perdere il controllo delle proprie emozioni, del proprio comportamento e di quelle situazioni che possono costituire una minaccia. I figli sono impegnati nel controllare e indirizzare l'attenzione e i comportamenti dei loro genitori che tentano di manipolare attraverso strategie punitive (rifiutano ed umiliano il genitore) o premurose (atteggiamenti solleciti ed ossequiosi). I genitori non risolti, inermi e spaventati, tendono ad instaurare una lotta per il potere e il controllo sulla relazione, attraverso condotte aggressive, intrusive e punitive, nonché a rinunciare all'esercizio del ruolo parentale, considerato come poco importante o inutile, trascurando i bisogni essenziali dei figli. Tendono a invertire la relazione genitore-figlio e a sollecitare nei loro bambini modalità relazionali caratterizzate da aggressività, ostilità, controllo e intrusività nonché stati mentali drammatici, disorganizzati e non integrati, che predispongono a fallimenti relazionali e a disagio psichico tanto a breve termine quanto in età adulta (Greco, Maniglio, 2010).

3. Minori a rischio

La locuzione *minori a rischio* individua situazioni nelle quali vi è la *potenzialità di incorrere in una patologia fisica e psichica, semplice o complessa, a causa di determinati fattori (agenti, relazioni o situazioni eziopatogenetiche) presenti in modo non casuale nel contesto di vita del bambino* (Caffo, 1990:23).

Adulti “normali” (Caffo, 1990) possono mettere in atto dei comportamenti dannosi o rischiosi nei confronti dei figli: in questi casi si può parlare di disfunzioni genitoriali, che, riprendendo la classificazione di Campanini (1993) condivisa nell'ambito della criminologia e psicopatologia forense anche da Mastronardi e Villanova (2007), possono portare situazioni di maltrattamento fisico, abuso sessuale, grave trascuratezza, maltrattamento psicologico a danno dei bambini. Secondo Reder e Lucey (1997:21) un aspetto ormai condiviso in letteratura è che il maltrattamento sui minori non può essere riferito ad una sola causa ma è un'interazione tra fattori legati a predisposizione dei *carer*, bambini vulnerabili e *stressors* esterni: l'insuccesso delle cure genitoriali deve quindi essere letto anche in chiave relazionale.

3.1. le caratteristiche del maltrattamento

Come abbiamo appena affermato possiamo dire, a fronte degli studi citati, che un minore è a rischio quando può incorrere in forme di maltrattamento che si differenziano tanto per le loro caratteristiche quanto per il loro esito sul breve, medio e lungo periodo. Obiettivo di questo paragrafo è evidenziare tali aspetti.

Rispetto al maltrattamento fisico la letteratura individua alcune situazioni prevalenti.

I bambini più esposti all'abuso fisico sono quelli di età compresa tra gli uno e i sei anni e quelli con pianto inconsolabile e duraturo hanno maggiore possibilità di subire lesioni al capo nel primo anno di vita. Tra le sindromi più frequenti vi sono l'ematoma subdurale e la *Shaken Baby Syndrome*, o sindrome da scuotimento, segnalata per la prima volta nel 1946 da John Caffey del Dipartimento Pediatrico della Columbia University di New York, dopo aver visitato bambini che presentavano fratture multiple ed ematomi cronici subdurali. Possono anche verificarsi, oltre all'edema cerebrale, emorragie retiniche e subialoidee, fino a giungere al coma e poi alla morte. Il

maltrattamento fisico è la tipologia più facile da individuare poiché le lesioni sono evidenti e frequenti (Cesa Bianchi, Scabini, 1993): la rilevazione di questo tipo di maltrattamento è possibile attraverso indicatori fisici primari, evidenti, indicatori fisici secondari, meno evidenti dei primi, ed indicatori comportamentali, che denotano un disagio imputabile a maltrattamento (Campanini, 1993:55-6). Tra gli indicatori di abuso *fisici primari* - troviamo lesioni cutanee, ecchimosi, ematomi rinvenibili agli arti inferiori, sul lato frontale del volto, sul tronco, i glutei, le parti interne delle cosce, le guance e il cuoio capelluto a diversi stadi di risoluzione. Tra gli altri segni cutanei evidenti la letteratura clinica annovera ferite e cicatrici, provocate da graffi, morsi o dall'utilizzo di lacci e cinture, bruciature e ustioni dovute a getto d'acqua o all'immersione forzata in un bagno bollente. Bruciature molto frequenti sono quelle da sigaretta che si presentano come piccole ulcerazioni profonde e rotonde, generalmente localizzate sul palmo delle mani o sulla pianta dei piedi (Caffo, 1988:32-3). Tra gli altri indicatori fisici primari troviamo lesioni interne provocate da schiaffi o calci, lesioni alla mucosa orale dovute ad alimentazione forzata, fratture diffuse e lussazioni e avvelenamenti procurati allo scopo di fare apparire ammalato il bambino, così da farlo sottoporre a dolorosi interventi sanitari (cfr Martone in Montecchi, 1994, *Sindrome di Munchausen* per procura). Tra gli indicatori fisici secondari, si evidenziano segni procurati da schiaffi e calci, fratture nasali e mascellari, chiazze di calvizie e ospedalizzazioni frequenti o precedenti ricoveri oscuri del bambino; tra gli indicatori comportamentali sono ritenuti indicatori significativi la passività, la sottomissione, l'incapacità di giocare, l'iposviluppo delle capacità motorie e della socializzazione. Gli esiti del maltrattamento fisico possono identificarsi nell'infantilismo eccessivo, nell'adultizzazione precoce, in difficoltà di logica e pensiero, in cambiamenti repentini di umore, fino alle patologie conclamate come psicosi, disturbi dell'umore, sdoppiamento della personalità, anoressia, bulimia e disturbi del sonno (Campanini, 1993:56-7).

Tra i maggiori fattori di rischio vi sono alti livelli di stress sociale: salute instabile, finanze inadeguate, eventi infelici, basso status socio-economico o precedenti penali, disturbi clinici durante la gravidanza e complicazioni alla nascita, abuso di sostanze o temperamento infantile difficile. I fattori protettivi sono, invece, rappresentati dalla presenza di una famiglia allargata, dallo stato di salute e intelligenza del bambino (Abburà et al. 2000:126).

Per abuso sessuale si intende il coinvolgimento in attività sessuali di minori, soggetti immaturi e dipendenti a cui manca la consapevolezza delle proprie azioni, nonché la capacità di scegliere. Le attività sessuali possono consistere in giochi erotici, congiungimento carnale, pornografia e vengono attuate con l'uso della forza e della coercizione o sfruttando la personalità immatura del minore (Dellavalle in Crivillè, 1995:7; Mastronardi, Villanova, 2007:60).

L'abuso sessuale può essere intra-familiare, se si verifica all'interno delle mura domestiche o comunque l'abusante ha un legame parentale diretto o acquisito con la

vittima, o extra-familiare. Ci si riferisce qui all'abuso sessuale intra-familiare, caratterizzato da differenti e complesse modalità di realizzazione che permettono una distinzione del fenomeno in abuso sessuale manifesto – nel quale è prevalente il caso di violenze perpetrate da figure maschili nei confronti di figlie femmine, sebbene non manchino in letteratura casi di abuso sessuale agiti da padri nei confronti di figli maschi o da madri verso figli maschi o tra fratelli e sorelle - abuso sessuale mascherato - caratterizzato da pratiche che consistono in toccamenti e sfregamenti - abuso sessuale assistito, in cui il minore viene obbligato ad assistere all'abuso di un genitore sui fratelli o sorelle o viene coinvolto in qualità di osservatore alle attività sessuali dei genitori.

Gli indicatori sono di ordine fisico e comportamentale come per altre forme di maltrattamento. I primi sono rilevabili unicamente attraverso un esame clinico, dal quale possono emergere ferite e contusioni ai genitali, sul seno e sulle cosce, ferite anali, in bocca o in gola, gravidanza precocissima e malattie veneree sotto i tredici anni di età. Gli indicatori secondari – tra i quali troviamo difficoltà nel camminare e nello stare seduti, perdite vaginali e uretrali, dolori, rigonfiamento e prurito nella zona genitale, dolore nell'urinare, indumenti intimi lacerati o macchiati di sangue e gonorrea pediatrica - possono indicare un sospetto abuso confermabile da una valutazione medica (Campanini, 1993:59; Finkelhor e Brown (1985, ripresi da Carini et al., 2001) hanno individuato i vissuti più strettamente correlabili all'esperienza traumatica dell'abuso. Tra questi troviamo la sessualizzazione traumatica, cioè la riproposizione da parte della vittima di atteggiamenti, comportamenti, linguaggio, conoscenze e interessi sessuali inappropriati all'età, con varie manifestazioni come masturbazione compulsiva e aggressività sessualizzata, il tradimento, sperimentato nella strumentalizzazione da parte di una persona da cui dipende e nei confronti della quale nutre fiducia incondizionata, l'impotenza, stato d'animo nel quale il bambino sperimenta l'impossibilità di controllo sulla propria vita, di controllare la sua vita, i suoi desideri e i suoi bisogni, che vengono contrastati e non vede la possibilità di modificare tale situazione, la stigmatizzazione cioè una complessa serie di sentimenti e vissuti derivati dalla percezione di essere diversi, dal senso di vergogna e colpa.

La valutazione di questi vissuti costituisce un momento fondamentale nella diagnosi della situazione della vittima: l'attenzione non va posta unicamente sul contenuto dei vissuti traumatici, ma anche sulla congruenza fra il vissuto emotivo e i fatti narrati che permette di verificarne l'attendibilità. Individuare un abuso sessuale su un minore non è semplice, è fondamentale connettere tra loro tutti gli elementi a disposizione e dare loro un significato compiuto, per raggiungere con ragionevole certezza un giudizio di compatibilità (Carini et al., 2001:114-7).

Dopo l'iniziale attenzione al tema dell'abuso sollecitata da Kempe nel 1962 Fontana, nel 1964, a descrivere per la prima volta la trascuratezza, una particolare condizione di maltrattamento che non presenta traumatismi fisici ma si presenta con un quadro clinico caratterizzato da nutrizione inadeguata, sonno insufficiente o disturbato,

debolezza mentale, scarso accrescimento e ritardo nello sviluppo. La definizione di questa forma di maltrattamento non è ancora univoca essendoci confusione concettuale tra questo fenomeno e l'abuso fisico, che spesso si verifica in maniera concomitante. Paola Di Blasio nel 2000 definisce la trascuratezza come grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino, mancanza di protezione dall'esposizione a pericoli, incapacità di accudimento, che ha come conseguenza un danno significativo per la salute e per lo sviluppo e/o un ritardo nella crescita in assenza di cause organiche. Nell'ambito della patologia delle cure troviamo incuria, discuria e ipercuria, cioè trascuratezza fisica, educativa, emozionale. Nel 2004 Dubowitz propose una quarta categoria aggiuntiva, ovvero la trascuratezza ambientale. In generale, le cure non adeguate, indifferenti o traumatizzanti influenzano l'autostima e gli effetti possono incidere sui processi evolutivi della psiche con gravissime conseguenze per l'equilibrio della personalità adulta (Aresta, Grattagliano, 2010:3-5).

Il maltrattamento psicologico, definito da alcuni autori abuso emotivo (Reder, Lucey, 1997), viene identificato attraverso alcune dimensioni quali la tendenza dei genitori a ricorrere ad attribuzioni negative o sbagliate rispetto ai figli, la mancanza di disponibilità emotiva, il mancato riconoscimento o rispetto dell'individualità e dei confini psicologici del bambino, le aspettative e considerazioni evolutive inadeguate o incoerenti e infine la cattiva socializzazione rispetto al contesto.

A tali forme di maltrattamento occorre aggiungere anche quei casi in cui il minore non è direttamente protagonista ma è spettatore: in queste situazioni parliamo di violenza assistita che si verifica quando un bambino è esposto ad atti di violenza fisica, psicologica, sessuale, trascuratezza agiti su adulti o altri minori. Il Cismai, Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, definisce la violenza assistita intrafamiliare come [...] *il fare esperienza da parte del/della bambino/a di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Si includono le violenze messe in atto da minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e gli abbandoni e i maltrattamenti su animali domestici. Il bambino può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore ne è a conoscenza) e/o percependone gli effetti*³⁴. La definizione presuppone il fatto che non sia solo il vedere ed ascoltare episodi di violenza intrafamiliare abbia effetti negativi sul bambino ma anche il sapere che tali situazioni si verificano o si sono verificate con effetti su persone e cose familiari. Ripensando alle teorie sui bisogni e sull'attaccamento risulta evidente come il bambino rischi di non vedere garantiti il senso di sicurezza e protezione necessari per non viverci in una situazione di continuo pericolo. Si aggiunga a ciò che nella convivenza familiare -

³⁴ Cismai, Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, definizione di violenza assistita intrafamiliare.
http://www.osservatoriopedofilia.gov.it/dpo/resources/cms/documents/13_CISMAI_Requisiti_Interventi_Violenza_Assistita_Madri.pdf, ultima consultazione 6 gennaio 2014, p.1

connotata da un alto grado di intimità e di interdipendenza - *la comunicazione analogica si rivela in tutta la sua ambiguità lasciando ai non detti la possibilità di interpretazioni che diventano attribuzioni di significato determinanti per la costruzione della visione del mondo in chi, come il bambino, è impegnato nell'opera di costruzione ed elaborazione dell'immagine da attribuire a se stesso e al mondo, per capire faticosamente come porsi in esso* (Luberti, Pedrotto Biancardi, 2005:17). La possibilità di individuare situazioni di violenza assistita e di valutarne gli effetti ed intervenire precocemente dipende dalla rilevazione di numerosi indicatori specifici tra i quali la tipologia e dinamica degli atti violenti, la loro frequenza; la valutazione clinica della vittima di maltrattamenti; il comportamento dei bambini che assistono alla violenza; il comportamento del maltrattante. Tra gli indicatori sociali di rischio si individuano la mancanza di rete familiare e amicale di sostegno e di possibilità di rifugio per le vittime, isolamento sociale mentre tra gli indicatori di disfunzioni istituzionali sono possibili assenza o ritardo degli ordini di protezione, interventi di protezione inadeguati per tipo e durata nel tempo (Luberti, Pedrotto Biancardi, 2005:53).

I bambini esposti a violenza domestica provano paura, terrore, confusione, impotenza, rabbia vedendo le figure di attaccamento da un lato spaventate e disperate, dall'altro pericolose e minacciose; il ricorso alla violenza nelle relazioni affettive è visto come normale, l'espressione di pensieri, parole ed emozioni è ritenuta pericolosa poiché può scatenare l'aggressione. I bambini testimoni di violenza possono sentirsi *privilegiati* quando non sono vittimizzati direttamente e quindi sviluppare senso di colpa, oppure sentirsi colpevoli e responsabili per l'aggressione in quanto *cattivi*, sentendosi impotenti e incapaci di modificare la situazione, con conseguenti problemi di depressione, ansia, vergogna e disperazione. Sul piano dei possibili esiti sulla psicopatologia dei bambini, Ardino (2009:189-3) evidenzia la presenza di attaccamento disorganizzato, possibile sviluppo di patologie relazionali gravi nella vita adulta, quali il Disturbo Borderline di Personalità, sono molto frequenti sono i Disturbi Post-Traumatici da Stress e in generale i Disturbi d'Ansia. Ardino sottolinea come nonostante su questo tema la ricerca sia ancora disorganica ed incompleta, poiché molto recente, è possibile affermare che i bambini acquisiscono i sintomi dei loro genitori attraverso processi di identificazione e apprendimento, manifestando *re-experiencing*³⁵ ed evitamento.

Per analizzare la situazione di un minore occorre analizzare gli indicatori di maltrattamento riferiti al bambino, alla famiglia, all'ambiente individuati da Campanini (1993) ma non è sufficiente però la presenza di uno o più indicatori per ipotizzare una situazione di maltrattamento, per verificare la situazione deve essere ascoltato il bambino ed è necessaria una valutazione multi-professionale nella quale devono essere coinvolte le istituzioni sanitarie, scolastiche e sociali del territorio. Cirillo e Cipolloni

³⁵ Si intende con *re-experiencing* un insieme di sintomi riferibili ad uno specifico cluster del disturbo post traumatico da stress, <http://ptsd.about.com/od/glossary/g/Reexperiencedef.htm>, *medical review board*

(1994) confermano la necessità di una diagnosi congiunta, in cui più tecnici (medico scolastico, pediatra di base, assistente sanitaria, insegnante, direttore didattico, assistente sociale, psicologo, psichiatra) condividono elementi di osservazione che permettano di confermare o escludere ipotesi di maltrattamento o trascuratezza. Tali ipotesi devono essere valutate anche attraverso una conoscenza diretta della famiglia e del minore.

In generale, è opportuno sottolineare come per il minore non siano solo negative e potenzialmente rischiose quelle situazioni in cui è presente un genitore maltrattante o abusante, ma anche quei casi in cui è possibile rilevare una scarsa qualità delle cure genitoriali.

3.2. rischi per i minori e famiglie multi-problematiche

I rischi fisici e/o psichici che abbiamo fin qui evidenziato possono essere legati a *famiglie-problema* cioè famiglie con difficoltà sul piano dell'organizzazione strutturale, con caratteristiche di disgregazione del gruppo, di comportamenti devianti o comunque patologici dei suoi componenti, sulle modalità nell'entrare in relazione con i servizi sociali e sociosanitari (Malagoli Togliatti, Rocchietta Tofani, 2002:19).

Intorno agli '50, nell'ambito di ricerche psicologiche e sociologiche sulla povertà e sulla devianza viene adottato il termine famiglia *multi-problematica* per definire gruppi familiari nei quali più membri sono in contatto in modo frequente e continuativo con i servizi sociali e sanitari a causa di problemi di comportamento e/o di adattamento sociale o per patologie di varia natura. In molti studi sociologici, il disagio socio-economico di queste famiglie viene messo in maggiore risalto rispetto ad altre disfunzioni comportamentali: il fatto che questa tipologia di nucleo familiare sia spesso dipendente dal sistema assistenziale induce gli studiosi a valutare i costi sociali che derivano da tali situazioni. A fronte di questo punto di partenza la ricerca si orienta sull'analisi dei rapporti che le famiglie multi-problematiche hanno con le istituzioni/agenzie sociali e sanitarie: ne emergono definizioni strettamente correlate con l'uso/abuso dei servizi (Cirillo, Cipolloni, 1994:23-7). Secondo la definizione di Mazer (1972, cit. in Malagoli Togliatti, Rocchietta Tofani, 1987:34-5; 2002:29), una famiglia multi-problematica è quel *gruppo familiare composto da due o più persone in cui più del 50% dei membri ha sperimentato in un arco di tempo indicato (dai 3 ai 5 anni) dei problemi di pertinenza di un servizio sociale e/o sociosanitario o legale*.

Si possono individuare, per l'autore, cinque tipi possibili di famiglia multi-problematica³⁶ riprese, tra gli altri, da Coletti (in Cellentani, 1998:115-126) ed utilizzate

³⁶ Le tipologie sono identificate da Mazer a seguito di una indagine condotta sulla popolazione di Marta's Vineyard. Mazer ha confrontato il gruppo costituito da 63 famiglie multi-problematiche con due gruppi di controllo. Cit. in Malagoli Togliatti, Rocchietta Tofani, 2002, pp. 27 seg.

nell'approccio sistemico come ipotesi tipologica più facilmente riscontrabile nella pratica clinica e nell'intervento sociale:

- famiglie con padre periferico in cui la coesione di coppia è bassa, la donna è figura centrale sulla quale convergono molteplici funzioni, vengono spesso agiti comportamenti aggressivi ai danni della moglie o dei figli da parte del padre. In tali situazioni il bambino ha due opzioni identificarsi o distanziarsi dalla figura paterna individuando nella rete primaria un sostituto educativo;
- famiglie nelle quali la relazione coniugale è interrotta il padre è spesso o sempre assente, la madre non ha un ruolo genitoriale rilevante;
- famiglie nelle quali entrambi i genitori sono presenti, ma, per immaturità psicologica o incompetenza psicosociale, il sottosistema genitoriale non funziona adeguatamente. Le funzioni di tipo esecutivo e la natura del rapporto coniugale è confusa ed instabile, le regole familiari sono mutevoli, incerte e creano una frammentazione del nucleo;
- famiglie nelle quali ad essere incompetente e spesso assente è la madre che viene avvertita come invadente, ossessiva, prevaricatrice oppure fredda e distante;
- famiglie nelle quali è presente una configurazione particolare, un continuo flusso e riflusso di membri. In questo tipo di famiglia, la situazione non è mai stabile. In una prima fase, i figli vengono dispersi in istituti e presso parenti; in un secondo momento il nucleo si ricostituisce temporaneamente, per poi perdere nuovamente alcuni elementi. Si verifica una situazione in cui la famiglia, per quanto decisamente spezzata, sussiste ancora, anche se è molto labile la composizione dei sottosistemi in interazione e manca continuità nello svolgimento dei ruoli.

La prospettiva psicologica affronta il tema attraverso studi sulla struttura, i modelli organizzativi, i cicli vitali.

Le famiglie multi-problematiche, a causa della loro instabilità strutturale e relazionale, vivono in condizione di incertezza continua esponendo maggiormente tutti i membri a situazioni di rischio che amplificano la frammentazione e l'isolamento che consegue alla *de-normativizzazione delle relazioni sociali generalizzate, e in particolare di quelle familiari* descritta da Luhmann (1988) e riferita alla società nel suo complesso.

La solitudine e l'isolamento legate alla nuclearizzazione della famiglia ed alla conseguente riduzione numerica del gruppo familiare può aumentare le difficoltà ad assumere il ruolo genitoriale: *i supporti alla funzione genitoriale che un tempo altri adulti offrivano* (Perotto, 2008:41) sono in parte venuti meno e in tale situazione alcuni genitori sentono più forte il bisogno di essere educati ad essere coppia, a crescere i loro figli attraverso lo scambio, il confronto ed il sentirsi “parte” di una comunità.

Occorre sottolineare come non sia però la struttura di per sé e cioè la differente costellazione familiare ad avere conseguenze negative per lo sviluppo dei minori. La

valutazione della struttura deve infatti essere associata allo studio delle dinamiche familiari: *la struttura della famiglia d'appartenenza non è rilevante quanto la qualità delle dinamiche e dei processi che in essa si realizzano e che si realizzano nel contesto sociale e nel territorio. Ciò che conta è come le famiglie assolvono la loro funzione di coniugare la coesione con l'individualità, la stabilità con il cambiamento, la cura con il contenimento. La ricerca psicologica ha infatti messo in evidenza come i figli che crescono in famiglie con genitori conviventi, separati, risposati, single o omosessuali, non corrano più rischi di sviluppare dei problemi di quanti ne corrano i figli che crescono in famiglie con genitori sposati ed eterosessuali* (Bastianoni, Taurino, 2007: 45-3).

Relativamente alla struttura lo studio di Minuchin del 1967 individua due categorie di *famiglia-problema o famiglia multi-problematica*: quella invischiata e quella disimpegnata.

La prima si caratterizza per un'incapacità di stabilire chiari confini tra i singoli membri cosicché un problema riferibile a un individuo o ad un sottosistema, ad esempio la coppia, dilaga tra i membri, trasferendo anche a loro, in forme e in misura indebita, l'ansia e la sofferenza, per un rilevante controllo che limita i membri, soprattutto i minori, impedendo la crescita e l'autonomia.

La seconda si basa su relazioni non strutturate e caotiche: la famiglia disimpegnata non si occupa dei suoi membri, i componenti non possono contare sul sostegno emotivo e concreto degli altri, la crescita del minore è difficile e viene compromessa *la possibilità di sviluppo e di adattamento alle varie fasi evolutive e ai differenti compiti sociali* (Cirillo, Cipolloni, 1994:27-8).

Particolarmente rilevante risulta il lavoro di Minuchin ai fini della presente ricognizione teorica poiché alla base delle teorizzazioni dell'autore vi è la sottolineatura, già emersa nei paragrafi precedenti, sugli obiettivi della famiglia. Minuchin evidenzia come siano interni ed esterni gli obiettivi ai quali la famiglia deve rispondere: la protezione dei membri e la trasmissione della cultura (si rimanda qui al lavoro di Maslow rispetto ai bisogni fondamentali e superiori).

Sempre rispetto alla struttura, Aponte (1976 in Cirillo, Cipolloni, 1994:28) offre un contributo simile a quello di Minuchin sottolineando che su un asse che vede le famiglie disposte tra situazioni di massimo invischiamento e situazioni di massimo disimpegno è possibile individuare strutturazioni patologiche ai due estremi: nel primo caso possiamo trovare l'impossibilità di definire confini chiari tra singoli membri o sottosistemi familiari, la tendenza al controllo di comportamenti e sentimenti che impedisce l'autonomia dei membri; nel secondo caso, il massimo del disimpegno, la patologia è ravvisabile nell'impossibilità di offrire/ricevere sostegno, protezione e ciò limita in modo rilevante la possibilità di sviluppo e di adattamento alle diverse fasi evolutive e ai compiti sociali.

Gli approcci che analizzano la struttura, e ciò risulta evidente tanto nella proposta di Minuchin quanto in quella di Aponte, l'attenzione è posta tanto sui modelli

di comunicazione e di relazione familiari quanto sugli scambi tra la famiglia e il suo ambiente socio-culturale. In presenza di connessioni e collegamenti non funzionali la struttura familiare si caratterizza per disfunzionalità che si traducono in psicopatologia di uno o più membri del nucleo familiare.

Al fine di contestualizzare il lavoro di valutazione e sostegno delle competenze parentali - fulcro del lavoro di ricerca presentato nella seconda parte - appaiono rilevanti nello studio delle famiglie multi-problematiche anche gli approcci che si focalizzano sul ciclo vitale della famiglia (Haley, 1973, Carter, McGoldrick, 1980 e Colon, 1980 cit. in Cirillo, Cipolloni, 1994:28-30; Campanini, 2002:96-102). Il concetto, elaborato già negli anni Cinquanta nell'ambito di un approccio evolutivo interdisciplinare allo studio della famiglia, viene ripreso ed impiegato nella pratica clinica negli anni '70. La famiglia nucleare, vista come sottosistema in interazione all'interno di un sistema trigerazionale, viene analizzata in una prospettiva multigerazionale che permette di comprendere le dinamiche familiari.

Nei processi di sviluppo della famiglia sono individuabili diverse fasi nel corso delle quali i membri devono ridefinire e rinegoziare i rapporti reciproci per far fronte ai cambiamenti: il criterio di evento critico, momento di *stress* e di riorganizzazione che la famiglia incontra nel tempo, permette di individuare le situazioni nelle quali i membri della famiglia devono ridefinire le modalità di funzionamento. Lo studio della famiglia in questa prospettiva permette di cogliere gli aspetti di influenzamento delle generazioni precedenti e gli influssi degli eventi connessi al contesto socio-ambientale. L'approccio è utile tanto per lo studio della famiglia *normale* quanto nella comprensione delle situazioni problematiche o patologiche poiché consente di individuare i modelli di relazione e di funzionamento e la capacità di adattarsi ai cambiamenti necessari per superare i vari stadi del ciclo di vita. Nell'analisi del campione di assistenti sociali che ha partecipato alla ricerca presentata nella seconda parte di questo lavoro, la prospettiva dei cicli di vita - che si inserisce nel modello sistemico relazionale proposto in Italia come modello operativo per il servizio sociale (Campanini, 2002) - risulta ampiamente conosciuta ed utilizzata nella valutazione professionale dei nuclei familiari in situazioni di difficoltà.

I tratti ritenuti ad oggi caratteristici delle famiglie multi-problematiche, per semplicità riportati nella tabella che segue, possono essere aggregati in riferimento ad alcuni *focus* di osservazione.

Focus di osservazione	Caratteristiche osservate
Riferito all'ambiente di vita materiale. Area economica e	Situazione abitativa precaria
	Condizione lavorativa di basso livello
	Trasferimenti del nucleo familiare con sradicamento dal

sociale deprivata e marginale	proprio contesto culturale
Riferito agli adulti del nucleo familiare	Bassa scolarizzazione e preparazione professionale
	Instabilità lavorativa
	Difficoltà di apprendimento e/o comportamento
	Scarsa partecipazione alla vita dei figli
	Presenza di patologie psichiatriche o dipendenze patologiche ³⁷
Riferito alla famiglia	Legami sociali scarsi, isolamento sociale
	Mancanza di coesione interna
	Equilibri interni precari
	Incapacità di affrontare i cambiamenti
	Struttura familiare disorganizzata o sottorganizzata
	Confusione dei ruoli e confini generazionali
	Stili comunicativi caratterizzati da scarsa capacità di ascolto, atteggiamenti confusivi, contraddittori
	Reazioni automatiche, non ponderate
	<i>Mènage</i> familiare discontinuo, privo di regole, incapacità/incostanza nella soddisfazione dei bisogni primari
Riferito alla relazione con i servizi	Non riconoscimento del problema
	Mancanza di richiesta spontanea ai servizi se non per difficoltà economica contingente
	Relazione strumentale con i servizi
	Alto rischio di cronicizzazione dell'intervento
	Sentimenti di frustrazione e di impotenza nel sistema famiglia e nel sistema servizi
	Rapporto obbligato per il sistema famiglia e per il sistema servizi

Tabella 1. Adattamento da Campanini, 2002:102-105; Malagoli Togliatti, Rocchietta Tofani, 2002: 37-125.

³⁷ La presenza di patologie psichiatriche o di dipendenze patologiche, non presente nella trattazione originale, viene inserita per la rilevanza del tema nella ricerca effettuata.

Sono state fin qui prese in considerazione alcune ricerche e teorie che possono orientare la conoscenza e la valutazione degli operatori dei servizi socio-sanitari di situazioni nelle quali i minori possono correre dei rischi nell'ambito di famiglie multiproblematiche. Come abbiamo visto tali rischi possono concretizzarsi in differenti forme di maltrattamento, certo o presunto, che possono essere valutate attraverso alcuni indicatori.

Oltre agli indicatori di maltrattamento in letteratura si parla anche di indicatori di rischio individuali, familiari e sociali (Cirillo, Cipolloni 1994, Reder, Lucey, 1995 trad it. 1997, Di Blasio 2005, Bertotti 2012) che possono aumentare il rischio per il minore.

Obiettivo del prossimo paragrafo è la presentazione di tali fattori che concorrono alla valutazione complessiva dei bisogni e delle difficoltà di una famiglia ma, in un'ottica di riconoscimento di competenze, permettono anche di individuare le risorse disponibili e quindi i fattori di protezione per lo sviluppo dei minori.

4. fattori di rischio e fattori protettivi nello sviluppo dei bambini

La valutazione delle competenze genitoriali presuppone la consapevolezza da parte dell'operatore di trovarsi in un campo nel quale sono presenti aspetti di complessità e di dinamicità rilevanti. Tra le proposte presenti in letteratura rispetto ad un metodo in grado di supportare l'operatore nella pratica quotidiana l'approccio proposto da P. Di Blasio (2005) appare il più sintonico con gli orientamenti della ricerca. Della stessa natura è la proposta di Reder e Lucey (1995, trad.it 1997), che riprendendo alcuni studi e ricerche sull'argomento, individuano tre aree che influiscono in generale sulla qualità dell'accudimento e che sono legate alla relazione di attaccamento fra i figli e i loro genitori. Nella prima area gli autori individuano i modelli interni di funzionamento del genitore e del bambino, nella seconda le fonti di *stress* che possono incidere sulle dinamiche familiari ed essere particolarmente presenti in particolari momenti del ciclo vitale della famiglia ed infine, nella terza area troviamo la presenza o l'assenza di forme del sostegno che le famiglie possono trovare nell'ambiente sociale. Risulta altresì interessante - ai fini della ricognizione della letteratura sul tema - una ricerca condotta in Argentina con la collaborazione di un ente impegnato negli interventi di protezione e trattamento del maltrattamento infantile e della violenza all'infanzia. Attraverso la somministrazione di una intervista realizzata da una *équipe* di specialisti è stato possibile delineare le caratteristiche della negligenza, dell'abbandono, del maltrattamento fisico e psicologico. Lo studio ha permesso altresì di correlare le diverse situazioni di maltrattamento infantile con variabili legate

all'ambiente sociale, al bambino, alla famiglia, al livello di istruzione, agli aspetti religiosi, al modo di vivere, al genogramma ed agli eventuali precedenti dei componenti della famiglia. La ricerca ha in ultimo individuato i fattori che potrebbero facilitare e quelli che potrebbero ostacolare il verificarsi di situazioni di maltrattamento infantile (Beigbeder de Agosta, Colombo, Barilari, 2004).

L'analisi delle evidenze emerse dagli studi di Reder e Lucey, di Beigbeder et al. e di Di Blasio depono per una sostanziale sovrapposibilità dei risultati rispetto alle caratteristiche dei fattori di rischio e di protezione: la scelta di approfondimento della teoria della Di Blasio viene effettuata in considerazione del fatto che è stata effettuata nel contesto italiano in anni recenti.

I riferimenti proposti dalla Di Blasio, ispirati all'approccio *process oriented* ed adattati dal modello originale proposto da Cumming, Davies, Campbell nell'ambito degli studi sulla psicopatologia dello sviluppo, individuano nell'interazione tra fattori di rischio e fattori protettivi la possibilità di sviluppo delle competenze parentali. In questa prospettiva l'adattamento, cioè la capacità di far fronte in modo funzionale alle varie fasi del ciclo di vita della famiglia, e il mal-adattamento, la difficoltà a farvi fronte, dipendono dall'interazione tra fattori individuali, storico-culturali, condizioni sociali ed ambientali, familiari, supporti sociali. Nel processo di costruzione delle competenze parentali e delle relazioni intra-familiari vi sono fattori che possono influenzare negativamente gli adattamenti positivi e fattori che possono proteggere da evoluzioni dannose. Secondo le ricerche effettuate dalla Di Blasio, che da anni si occupa di abuso e maltrattamento all'infanzia, è emerso che ogni agente causale, sia se considerato isolatamente, sia in associazione con altri, può essere responsabile solo di una parte delle disfunzioni familiari. La ricerca dimostra che molte persone, anche i minori, hanno la capacità di mantenere un discreto adattamento anche in condizioni di vita particolarmente sfavorevoli. È possibile che ciò avvenga perché i fattori di rischio che esistono nella loro situazione, sono neutralizzati - o comunque affievoliti - dai cosiddetti fattori protettivi.

Un buon esercizio delle funzioni genitoriali o, al contrario, il fallimento nei compiti di cura sono esito di un percorso influenzato da eventi, incontri, legami significativi, condizioni esistenziali; l'analisi della loro relazione, delle connessioni danno vita ad una dinamica processuale (Di Blasio, 2005:21). Appare funzionale al lavoro successivo una breve presentazione dei fattori di rischio o predisponenti e dei fattori di protezione.

4.1. I fattori di rischio

La nozione di *rischio* implica la probabilità di subire un danno o una perdita, la possibilità di essere esposti a una ferita o di essere danneggiati (Zingarelli, 2012): nelle scienze umane i fattori di rischio sono associati al mal-adattamento sociale oppure alla patologia.

Malaguti (2005:85-6) definisce fattore di rischio particolari condizioni esistenziali che nel bambino o nel suo ambiente possono causare una morbosità superiore a quella osservata dalle indagini epidemiologiche nella popolazione generale inoltre, un fattore di rischio di non adattamento sociale può essere una condizione organica o ambientale o avvenimento che aumenta la probabilità per il bambino di sviluppare problemi emotivi o di comportamento.

Di Blasio (2005:32) utilizza il concetto di rischio nell'accezione di evento critico, connotato da incertezza, caos, disorganizzazione, da cui potrebbero conseguire danni o risultati positivi, che incoraggiano la resilienza.

Il modello *process- oriented* (Cummings, Davies, Campbell, 2000), adattato da Di Blasio per renderlo utile nell'analisi delle competenze parentali, è usato nell'ambito degli studi e dei trattamenti della psicopatologia dello sviluppo per descrivere gli elementi che influenzano i percorsi evolutivi ed i processi di adattamento e di mal-adattamento (Di Blasio, 2005:19-20).

Nel modello proposto viene sottolineata l'importanza della valutazione di differenti aspetti: *i fattori biologici, genetici e psicologici, gli elementi della storia o delle condizioni attuali di tipo sociale e ambientale, familiare e individuale che influiscono sull'atteggiamento dei singoli individui, in quanto genitori; il funzionamento dei genitori valutabile attraverso i processi e le risposte dell'individuo che, in un certo tempo t, possono mediare la relazione tra le influenze sociali e ambientali passate e attuali, da un lato, e gli esiti connessi all'adattamento o al mal-adattamento, dall'altro; le capacità di adattamento, intese come la competenza parentale capace d'integrare le molteplici influenze personali con le esigenze del bambino e quella del mal-adattamento, che si riferisce ad una difficoltà nella modulazione dell'esercizio della genitorialità* (Di Blasio, 2005:21-22).

Un ulteriore aspetto presente nel modello è quello della dinamicità delle situazioni familiari: comportamenti non funzionali allo sviluppo dei bambini possono verificarsi, nell'esercizio della genitorialità, in modo occasionale e quindi essere limitati a particolari circostanze e contesti, oppure possono essere *risposte organizzate in pattern*, ripetersi nel tempo e delineare elementi del funzionamento cognitivo, emozionale, motivazionale della persona. *La competenza genitoriale non è un dato acquisito né definibile a priori, ma un work in progress, un percorso i cui parametri vengono via via a delinearsi nel tempo come risultato di approssimazioni e aggiustamenti in itinere definiti dai figli stessi, dalle relazioni e dagli eventi* (Di Blasio, 2005: 23).

Tra i fattori che incidono negativamente e mettono a rischio gli adattamenti è possibile fare una distinzione tra fattori distali e prossimali.

I fattori distali esercitano una influenza indiretta, da soli non potrebbero generare effetti negativi ma costituiscono elementi di fragilità e debolezza che possono impoverire il tessuto, fisico e psicologico, in cui le persone vivono. Tra i più

significativi - in riferimento alle situazioni emerse nel corso delle interviste - rientrano in questa categoria contesti caratterizzati da povertà, bassa scolarizzazione, carenza di reti parentali, carenza di relazioni interpersonali, scarse conoscenze e disinteresse per il bambino.

I fattori prossimali esercitano, al contrario dei primi, una influenza diretta poiché caratterizzano la vita quotidiana, le relazioni interpersonali, i comportamenti ed i sentimenti. Così come i fattori di protezione si distinguono in individuali - dei genitori e del bambino - familiari e sociali. I fattori di rischio prossimali descritti in letteratura sono molto numerosi, risulta utile per gli obiettivi del lavoro richiamare alcune tipologie riscontrate tipicamente dagli operatori intervistati. Rispetto ai fattori individuali si rilevano psicopatologia dei genitori, abuso di sostanze, distorsione delle emozioni e scarse capacità empatiche, impulsività, gravidanze non desiderate, relazioni difficili con le famiglie di origine e tra *partner*. Tra i fattori prossimali di rischio riferibili ai bambini dall'analisi delle interviste emerge una sola situazione nella quale è presente una malattia del bambino, in nessuna situazione si sono invece rilevati problemi di gestione dei bambini per temperamento difficile.

4.2. I fattori di protezione

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, i fattori di rischio determinano una vulnerabilità che può aumentare i rischi per lo sviluppo dei bambini e l'esercizio di una genitorialità funzionale allo sviluppo.

La vulnerabilità può essere potenziata dai fattori prossimali d'amplificazione del rischio mentre, al contrario, può essere ridotta dai fattori di protezione.

E' fondamentale sottolineare che questi vanno considerati insieme ai fattori di rischio: quando un fattore protettivo entra in gioco è probabile che una traiettoria precedentemente a rischio cambi direzione in senso positivo poiché il fattore di protezione può contribuire ad annullare, contenere o mitigare l'effetto dei fattori di rischio distali o prossimali (Di Blasio, 2005:32-37).

La caratteristica dei fattori protettivi è che diventano visibili nel momento in cui vi sono elementi di crisi: come abbiamo visto per i fattori di rischio anche quelli protettivi sono legati all'individuo – bambino e genitori – e all'ambiente sociale e familiare.

Anche per questi indicatori dall'analisi delle interviste emergono alcuni fattori maggiormente presenti nelle famiglie seguite dagli operatori del campione e ritenuti dagli stessi indicativi di situazioni che possono avere un esito positivo. Tra i fattori individuali troviamo buone capacità cognitive, sentimenti di auto efficacia o stima di sé, coscienza delle relazioni interpersonali, sentimenti di empatia, la possibilità di vivere esperienze che possano aumentare l'autostima e la capacità di far fronte alle situazioni.

Tra i fattori di protezione familiare la presenza di parenti in grado di sostenere il nucleo senza sostituirsi alle figure genitoriali, la presenza di una relazione affettiva stabile con alcuni familiari costituiscono elementi che influenzano positivamente la prognosi della situazione.

Tra i fattori extra familiari vengono individuati la presenza di una rete di sostegno sociale che può fornire supporto interno ed esterno alla famiglia, esperienze di successo scolastico (Malaguti, 2005:89-90), un contesto educativo positivo, il confronto con persone che possano diventare un modello da seguire.

Giocano un ruolo fondamentale anche le risorse dell'ambiente sociale, familiare ed economico, le competenze cognitive e di salute psico-fisica dei genitori. Sono risorse concrete e materiali che possono agire in sinergia con i fattori protettivi per ridurre il rischio (Di Blasio, 2005:28).

Ogni situazione ha una combinazione diversa tra fattori di rischio e fattori protettivi e ogni eventuale intervento e percorso di intervento ne deve tener conto (Di Blasio, 2005:40).

5. Il sostegno alle competenze genitoriali

Parlando di interventi di sostegno alle competenze genitoriali occorre riconoscere la titolarità delle scelte dei genitori sugli aspetti educativi dei loro figli: tale autonomia permane fino al momento in cui non intervengono comportamenti che violano i diritti del minore. In questo caso, come abbiamo visto nel primo capitolo, alla luce dei disposti costituzionali italiani lo Stato e le sue istituzioni devono intervenire a protezione del bambino interrogandosi, al contempo, sulla capacità e possibilità di garantire a tutti i cittadini l'accesso alle risorse materiali, sociali, psicologiche e culturali in grado di favorire l'assunzione di responsabilità genitoriali che permettano un sano sviluppo psicofisico dei bambini.

Ciò implica l'impegno non solo formale ma anche concreto e operativo a rimuovere le barriere che impediscono di accedere al diritto al lavoro, alla salute, all'istruzione, a una casa e alla protezione sociale.

*Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge (...). E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini impediscono il pieno sviluppo della persona umana (...)*³⁸.

³⁸ Costituzione della Repubblica Italiana, Principi fondamentali. Art. 3

L'articolo 3 della Costituzione pone in evidenza come tutte le persone, debbano essere supportate dallo Stato nella rimozione degli ostacoli che potrebbero impedire o limitare lo sviluppo. Nella relazione con i servizi ciascuno dovrebbe quindi essere considerato portatore di diritti e doveri e dovrebbe essere considerato innanzitutto un cittadino, una persona, prima che un utente.

Questa considerazione può apparire scontata ma è invece importante evidenziare, in generale, la maggiore importanza che dovrebbe essere attribuita al rapporto tra individuo-utente e servizio, la necessità di una maggiore consapevolezza dei diritti di cittadinanza sociale degli utenti in quanto persone che prevede non solo diritti ma anche doveri (Sibilla, 2000:19).

Sin dalle sue origini il servizio sociale riconosce che la partecipazione dei cittadini è un elemento sostantivo per il benessere di tutti e che la compartecipazione può contribuire ad una qualità di vita diffusa. Così M. Calogero Comandini nel 1947 (Certomà, 2005):

L'assistente sociale sa benissimo che il vigente ordine delle cose è tutt'altro che soddisfacente e definitivo (lo sa oggi e lo saprà sempre, perché nessun ordinamento sarà mai del tutto soddisfacente e definitivo, e sempre resterà altro da desiderare e altro da fare); ma, intanto, cerca di sfruttare al massimo tutti gli strumenti legali e sociali che il suo ambiente gli offre, al fine di facilitare ai meno esperti e ai meno abili l'uso del proprio diritto, e quindi di avviarli a poco a poco anche alla capacità di concepire e di volere un mondo migliore [...] l'assistenza sociale, intesa adeguatamente, è una diversa forma di esercizio e di creazione della democrazia, cioè dell'attitudine degli uomini a risolvere da sé i propri problemi e a conquistare, in un'armonia collettiva, più larghe libertà di vita e migliori opportunità di azione [...] se guardiamo alle democrazie [...] consolidate [...] vediamo che la struttura democratica del complesso è ivi fittamente sorretta da tutto un insieme di organizzazioni collettive – democratiche, che sorgendo dal basso adempiono a questo o a quel fine, ma assolvono intanto spontaneamente il primo compito di insegnare all'uomo che, mentre schiavo è colui che aspetta tutto dagli altri e selvaggio colui che fa da sé senza curarsi degli altri uomini, l'uomo civile fa da sé ma d'accordo con gli altri, in continua discordie – concorde unione con gli altri. Di fronte ad un villaggio diroccato, il primo uomo si mette a sedere e dice «non c'è che fare»; e tutt'al più aspetta l'aiuto borbonico del prefetto o del signore feudale. Il secondo sgombra le macerie solo davanti alla casa propria, o si fa una baracca per sé. Il terzo uomo organizza una squadra, discute un piano comune e cerca di metterlo in atto. Qui è la civiltà.

Si può affermare che il rapporto tra la democrazia e le sue diverse forme di espressione ed il servizio sociale sia inscindibile, ha accompagnato ed accompagna la storia della professione e della disciplina. La partecipazione volontaria dei cittadini alla cosa pubblica è senz'altro una delle espressioni più felici della democrazia: il servizio sociale si muove in questo solco, la fiducia negli uomini ed il loro diritto originario ad esprimersi e costruire la propria vita, in una comunità, all'interno di una struttura di legami, relazioni, interdipendenze; non appartiene quindi al servizio sociale il perseguire singole realizzazioni individuali, astratte dal contesto, ma promuovere

percorsi esistenziali soddisfacenti per un singolo, in un ambiente che a sua volta si evolve e si trasforma in positivo. A livello internazionale, il servizio sociale come professione riconosce come sue finalità il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane, la restituzione di potere, la liberazione delle persone per aumentare il benessere³⁹.

In riferimento ai concetti di democrazia e sussidiarietà, nell'ambito del servizio sociale si possono osservare processi di cambiamento importanti rispetto al significato del servizio sociale stesso, della comunità territoriale, della persona in difficoltà. Nei servizi si cerca di combinare efficienza, solidarietà e orientamento al cittadino con l'obiettivo di superare il concetto di servizio inteso come mero erogatore di prestazioni, luogo autoreferenziale dove dominano le gerarchie di potere, le divisioni per competenze, l'organizzazione per funzioni. Il servizio viene inteso come interazione, come modalità di connessione tra soggetti e rapporti sociali, come luogo di produzione di socialità, che genera e rigenera legami, comunicazione, linguaggi, nuovi significati esistenziali, interazioni, scambi e contribuisce alla creazione di cittadinanza. La logica di intervento mette al centro la costruzione di *partnership*, l'umanizzazione dei servizi, la democratizzazione degli interventi, la costruzione di relazioni sinergiche in un quadro di *welfare* con poteri e responsabilità condivisi e distribuiti al fine di promuovere le risorse della comunità. In tale prospettiva diviene fondamentale la condivisione di responsabilità e l'attivazione del territorio in un sistema allargato di governo in cui occorre incentivare tavoli di concertazione e co-progettazione misti pubblico - privato - privato sociale - volontariato.

Sul versante dei servizi alla persona si sono imposti vecchi e nuovi soggetti sociali (famiglia, volontariato, gruppi di mutuo e auto aiuto, gruppi di pressione) che vogliono vedere riconosciuti il loro ruolo specifico ed insostituibile di produttori di beni e servizi per il benessere della collettività, non più in funzione suppletiva e compensatoria di un carente sistema di *welfare* pubblico, ma integrativa.

Per effetto della diffusione dei sistemi di *welfare* - che hanno stabilito un livello di sicurezza sociale allargato (non sarebbe più concepibile l'assenza delle pensioni o del servizio sanitario nazionale) - sono maturati, a livello sociale, i presupposti per "una nuova cittadinanza", che definisce i diritti individuali non più in riferimento alla sola sicurezza materiale, ma in rapporto ad un concetto di qualità della vita, che non si misura solo più con parametri economici. Lo stato sociale è vittima del suo successo, ovvero ha generato - pur nell'imperfezione - una nuova concezione della vita, l'attenzione ai bisogni relazionali, come bisogni essenziali.

Tanto in riferimento ai temi precedenti quanto al contesto socio-demografico il territorio italiano è caratterizzato da elevata eterogeneità interna tra le varie realtà locali e sono costanti le evoluzioni che possono attenuare o accentuare le differenze interne:

³⁹ Si veda, in proposito, <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

come recentemente emerso da una ricerca a direzione di Nicola Negri effettuata da Bosco, Naldini et. al. (2011) alla quale si rimanda, la crescente vulnerabilità e l'aumento del peso delle disuguaglianze e dei modelli culturali di riferimento e conseguentemente dei rischi connessi non sono distribuiti in modo omogeneo sul territorio (della regione Piemonte nello studio degli autori ma in generale sul territorio italiano) e il modello italiano del *welfare* contribuisce ad accentuare piuttosto che compensare tali differenze⁴⁰.

Nel lavoro sociale ha avuto ed ha tuttora molto rilievo una cultura del negativo, legata ai problemi, alle carenze, a ciò che non può essere risolto, alla cronicità; la prima prospettiva che si apre, allo sguardo dell'operatore, è il problema; gli aspetti positivi stanno spesso in secondo piano, possono facilmente sfuggire, anche perché non vengono ricercati, poiché l'attenzione è concentrata sulla comprensione delle diverse sfaccettature del problema. Una prospettiva di analisi concentrata quasi esclusivamente sul problema ha come conseguenza che, in modo più o meno implicito, per l'utente e per l'operatore, non sembrano esserci speranze di autonomia e che, nello stesso tempo, vi sono elevate aspettative di soluzione tecnica. L'approccio di rete ribalta questa prospettiva: il problema esiste, ma esistono contemporaneamente delle risorse, nella persona, nella sua rete, nel contesto, nell'ambito istituzionale. Ad esempio, in una prospettiva di lavoro con la persona, cogliere le dimensioni della sua rete consente di coinvolgere chi non è toccato in prima persona dal problema, ma comunque vive in un ambiente dove esistono sofferenze e disagi. Proprio perché esistono diversi livelli di problemi che richiedono competenze diverse per una risposta, l'assistente sociale può sviluppare non tanto un'azione di presa in carico delle difficoltà quanto di rinforzo delle risorse in gioco, pur stando all'interno dei compiti burocratici previsti (il mandato istituzionale) e di crescita di consapevolezza della loro funzione reale (ciò che effettivamente i nodi di rete hanno fatto o stanno facendo) e potenziale (ciò che potrebbero fare).

Tra i fondamenti dell'intervento di rete si collocano l'ottica ecologica e la crisi di efficacia dell'intervento tecnico specialistico. Queste due prospettive rimandano, dal punto di vista di chi scrive, ad una idea di responsabilità diffusa e condivisa, e ad una concezione della conoscenza non come patrimonio esclusivo di alcuni, ma come una proprietà di molti, sia pure costruita ed espressa in forme diverse. L'intervento di rete si colloca quindi in una prospettiva emancipatoria del lavoro sociale ed affronta il problema della costruzione delle conoscenze dei tecnici, assumendo una posizione di consapevolezza circa gli assunti che costituiscono la loro *expertise* e il loro potere di influenzamento nelle situazioni. Questa consapevolezza consente l'assunzione di pratiche antioppressive, i cui aspetti fondamentali sono, secondo Milner e O'Byrne (1998, trad. it. 2005:62), l'attenzione ai fattori di discriminazione che sperimentano gli

⁴⁰ Pubblicato in Rosina B., 2012, Il servizio sociale tra sussidiarietà, partecipazione, democrazia, paragrafo 1, Pavese A. Rosina B., Il sistema di welfare piemontese ed il ruolo del servizio sociale professionale. Una breve riflessione, alcune riflessioni. In De Robertis G., Nappi A., (a cura di), 2012, Welfare come diritto. Scenari e sfide del servizio sociale professionale. Edizioni La meridiana.

utenti ed il modo in cui gli operatori cercano di sviluppare *empowerment* e di evitare di assumere atteggiamenti discriminatori.

Persona, famiglia e comunità devono essere i punti di riferimento di un nuovo sistema di *welfare* solidale, soggetti attivi nella cura e nella tutela della salute, prima ancora che destinatari di prestazioni. In una prospettiva di opportunità e responsabilità è possibile considerare il cittadino come soggetto portatore di bisogni sanitari ed assistenziali, libero di scegliere i percorsi di salute e benessere, persona attiva e responsabile, che progetta e potenzia la propria libertà, anche nei momenti più complessi. Il sistema di welfare pubblico deve offrire aiuto e sostegno attraverso risposte plurali, contribuendo a costruire associazioni ed altre forme di risposta ai bisogni organizzate, attraverso il terzo settore, che esprime nel modello sociale italiano e regionale un ruolo del tutto particolare nel produrre relazioni e tessere i fili della solidarietà sociale⁴¹.

Nell'ambito specifico degli interventi di supporto alle competenze genitoriali occorre declinare le caratteristiche di tali interventi nel contesto culturale e politico. Occorre interrogarsi su come possa essere garantita la qualità dei servizi per le famiglie, quali parametri debbano essere assunti nel lavoro di cura, sostegno e riattivazione delle competenze genitoriali in famiglie multi-problematiche.

Alcune indicazioni fanno riferimento a dimensioni ed elementi specifici quali la trasparenza e la chiarezza di relazione e informazione alle famiglie; la valorizzazione e l'attivazione delle competenze genitoriali e la contestuale ricerca ed implementazione delle reti di sostegno (parentali, del contesto sociale) attraverso metodologie attive di sviluppo di comunità; il riconoscimento delle soggettività degli adulti e dei minori coinvolti nel processo di cura; l'accessibilità dei servizi; l'orientamento non stigmatizzante degli operatori che può favorire nei genitori il sentirsi parte e co-protagonisti dell'intervento; la continuità relazionale tra operatori e genitori che si realizza attraverso la stabilità nel tempo degli interventi e la loro modulazione nel rispetto di ogni singola persona (Marelli, 2008; Fava Vizziello et. al. 2011).

La definizione degli interventi di sostegno alle competenze richiede di riconoscere il valore della continuità delle relazioni familiari che risponde al bisogno del minore di non perdere il contatto con le sue origini qualunque siano le evoluzioni della sua vita.

Un'ulteriore riflessione è connessa all'assunto della priorità della centralità del minore piuttosto che alla centralità delle relazioni tra il minore e la sua famiglia d'origine.

Porre al centro, anche in modo problematico e critico, la relazione tra il minore e la sua famiglia d'origine e le relazioni della famiglia con il suo contesto parentale e

⁴¹ Pubblicato in Pavese A. Rosina B., Il sistema di welfare piemontese ed il ruolo del servizio sociale professionale. Una breve riflessione, alcune riflessioni. In De Robertis G., Nappi A., (a cura di), 2012, Welfare come diritto. Scenari e sfide del servizio sociale professionale. Edizioni La meridiana.

sociale, permette differenti spazi di pensiero rispetto al processo di aiuto, perché un approccio di questo tipo contempla il benessere del bambino congiuntamente al benessere del suo sistema relazionale, ed in tale ambito vengono collocate le azioni ed i processi di presa in carico da parte dei servizi.

Per contro, un approccio basato sulla centralità del minore rischia di riproporre logiche di separazione del bambino dal contesto pregiudizievole, concentrando l'azione degli operatori sociali sui compiti di tutela del minore e sulla legittima individuazione ed offerta di tutte le possibili positive opportunità e risorse di crescita e di sostegno al processo evolutivo. Sebbene tale attenzione debba essere presente il rischio è quello di una separazione delle competenze e delle responsabilità sul minore in carico ad un Servizio, delegando ad altri servizi e operatori il lavoro con le famiglie d'origine con il rischio di una progettualità non comune (Dellavalle 1995; Ardesi, Filippini, 2008; Bertotti 2012).

La competenza delle professioni sociali si esprime anche nella capacità di mettere in relazione, accogliere e governare la complessità dei contesti e delle relazioni interpersonali per elaborare progetti indirizzati ad un approccio unitario e una presa in carico globale del sistema relazionale familiare.

Il sostegno della famiglia multi-problematica rende necessaria la capacità di progettare e attivare risposte plurime e servizi articolati, flessibili, integrati, capaci di cogliere la peculiarità di ogni singola situazione ed accompagnarla nel proprio percorso costruendo ed implementando contesti di corresponsabilità tra i diversi soggetti in gioco.

Il lavoro nell'ambito degli interventi di supporto alle competenze genitoriali – ma anche in generale in tutti gli interventi del servizio sociale - può essere di tipo *preventivo* o di tipo *riparativo-assistenziale* e tende generalmente a promuovere processi di crescita e di cambiamento nei membri della famiglia (Dal Pra Ponticelli, 2002:224). La motivazione alla base della richiesta spontanea di aiuto o degli interventi coatti da parte del servizio sociale è rilevabile a partire da una molteplicità di difficoltà di ordine economico, relazionale, psicologico, sociale, sanitario.

Molti sono stati i tentativi di definizione di modalità di valutazione e trattamento della famiglia multi-problematica, tra gli autori consultati si ricordano i lavori di Barbero Avanzini et al. 1988; Donati, 1992; Campanini, 1992; Cirillo, Cipolloni, 1994; Malagoli Togliatti, 2002; Reder, Lucey, 1995; Dellavalle, Crivillè, 1995; Cellentani, 1998; Rocchietta Tofani, 2002; Filippini, 2008; Bastianoni, Taurino, Zullo, 2011; Bertotti, 2012.

A fronte degli obiettivi della ricerca relativamente alla domanda sugli interventi professionali in situazioni di genitori affetti da patologia psichiatrica si ritiene utile riproporre la sistematizzazione del 1980 di Colon nella quale i possibili interventi vengono suddivisi in quattro ampie categorie: le psicoterapie realizzate in ambito clinico con varie tecniche; le terapie attuate in ambiente domestico, di carattere prevalentemente pedagogico; l'approccio di rete, usato per coinvolgere il contesto

sociale più prossimo alla famiglia sul problema di quest'ultima; l'approccio teso alla riabilitazione sociale, destinato a riconnettere la famiglia col contesto allargato.

L'autore ritiene che la costruzione di reti di rapporti sociali e comunitari, con interventi differenziati su più livelli, sia l'intervento più efficace. Tale ipotesi operativa è confermata anche da Malagoli Togliatti e Rocchietta Tofani (2002) che ritengono fondamentale il coinvolgimento di più servizi in un clima di confronto e collaborazione. Da Cirillo e Cipolloni (1994:39) ricaviamo l'indicazione sul rischio di un intervento psicoterapeutico tradizionale complicato dall'assenza dei due requisiti fondamentali della spontaneità della richiesta di aiuto e dalla ridotta collaborazione al trattamento.

La strategia operativa di rete implica che gli operatori debbano *pensare in termini di complessità ed operare in termini congruenti* (Dellavalle in Crivillè, 1995:25), attraverso un confronto continuo che possa limitare i rischi di schieramento con l'uno o l'altro membro del nucleo familiare: dall'integrazione tra servizi specialistici e quelli territoriali, che hanno in carico i minori ed il nucleo familiare, si può però sviluppare un *intervento sociale pluridimensionale* (Dellavalle in Crivillè, 1995:27). In questo caso gli operatori sono spinti a riflettere sul legame fra problemi ed ambiti di provenienza e quindi, nel lavoro di rete tra i servizi, possono attivare progetti d'intervento condivisi che riguardino il territorio inteso come area di potenzialità da attivare e coinvolgere (Ferrario, Gottardi, 1987:243) nel lavoro con le famiglie.

Il lavoro di rete tra i differenti servizi implica la capacità degli operatori di superare l'idea di un intervento contemporaneo sullo stesso caso nel quale si assiste al rischio di interventi non coordinati: l'obiettivo deve essere quello di una costante riflessione sui contenuti del problema della famiglia, sulle modalità del procedere comune e sul riconoscimento dell'importanza che può derivare dall'esercizio di ogni ruolo professionale (Dellavalle in Crivillè, 1995:29). Nell'ambito del lavoro interprofessionale di valutazione e sostegno delle competenze parentali di nuclei a rischio secondo Dellavalle (1995:29-31), tra le competenze ritenute fondamentali, si devono annoverare la capacità dei servizi di valutare le potenzialità di recupero della famiglia, di individuare le risorse attive od attivabili, di definire gli obiettivi e gli indicatori di cambiamento: solo attraverso *il confronto, la negoziazione e la costruzione di un oggetto di una sintesi esplicita a cui si possa fare riferimento nelle fasi della verifica e della presa di decisione*. Nella definizione degli obiettivi occorre attenzione particolare nell'individuare anche quelli a breve e medio termine, nella strategia d'intervento deve essere definito il percorso comune e quello specifico di ogni operatore di ogni servizio coinvolto. Solo un lavoro di riflessione e consapevolezza sulle modalità operative dei diversi servizi, della *mission*, delle culture organizzative, può portare alla definizione di *modelli operativi integrati*.

Terzo Capitolo

Patologia psichiatrica e genitorialità: riflessioni e teorie.

Il terzo capitolo affronta i temi del secondo ma, in considerazione degli obiettivi del presente lavoro, vengono effettuati espliciti riferimenti all'ambito della multi problematicità dei nuclei familiari nei quali il genitore è affetto da una patologia psichiatrica.

Secondo uno studio del 2010, condotto dal Collegio Europeo di Neuro Psicofarmacologia, il 38% della popolazione europea soffre di un disturbo mentale: dall'ansia alla depressione grave, dalla dipendenza da alcool e droghe all'iperattività, dalla schizofrenia alla demenza⁴². Per quanto il dato sia fonte di dibattiti e critiche occorre precisare che il forte incremento rispetto ai dati del 2005 (27,4%) che non sono stati allo stesso modo contestati, è legato all'inclusione di un maggior numero di patologie, di bambini ed adolescenti, di anziani e dei nuovi Paesi entrati nella Comunità Europea. I disturbi più frequenti sono quelli d'ansia (14.0%), insonnia (7.0%), depressione maggiore (6.9%), disturbi somatoformi (6.3%), dipendenza patologica da alcool o da sostanze stupefacenti (>4%), ADHD (5%) nei bambini, e demenza (1-30%, percentuale legata all'età). Ad eccezione delle patologie connesse all'abuso di sostanze

⁴² Wittchen, H.U t al. , 2011, The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010, in European Neuropsychopharmacology, Volume 21, Issue 9, September 2011, pp. 655-679 in <http://www.journals.elsevier.com/european-neuropsychopharmacology/>

non si rilevano differenze culturali. A fronte di questi dati consegue che, in Europa, molti bambini e adolescenti crescono con un genitore psicologicamente labile (Ferraris, 2012). La maggior parte di tali genitori soffre di patologie minori e temporanee, ma alcuni presentano patologie gravi e croniche (Procaccia, 2005).

Nel capitolo, dopo un breve quadro sulle principali patologie psichiatriche - rispetto alle quali gli approfondimenti vengono effettuati prendendo maggiormente in considerazione gli effetti della patologia femminile sullo sviluppo delle competenze parentali e sul rischio per i minori - viene affrontato il tema delle possibili conseguenze della patologia sullo sviluppo dei bambini. Il modello di Hall sui fattori predisponenti, perpetuanti o precipitanti viene utilizzato per evidenziare i rischi specifici evidenziandone i punti di contatto con i fattori di rischio e di protezione individuati da Di Blasio e presentati nel capitolo precedente. Nella seconda parte del capitolo una *review* della letteratura italiana ed internazionale permette di evidenziare quali siano i rischi di maltrattamento all'infanzia da parte di genitori affetti da patologia psichiatrica ed in ultimo vengono delineati gli interventi di supporto alle competenze genitoriali ed i servizi coinvolti.

1. considerazioni sulla patologia psichiatrica in relazione alla genitorialità

La salute mentale, nell'età adulta, si connota come uno stato caratterizzato da buone capacità produttive, relazioni interpersonali soddisfacenti, abilità di affrontare i cambiamenti e i momenti di crisi. Una buona salute mentale permette l'esercizio delle abilità intellettive e comunicative, il controllo delle emozioni, il mantenimento o il recupero dell'autostima aspetti fondamentali per l'assunzione di ruoli socialmente riconosciuti e soddisfacenti (US Department of Health and Human Services, 1999). Come evidenzia Carrozza (2010:27-28) la definizione di salute mentale è soggetta a molte interpretazioni, poiché il concetto di benessere si fonda su specifici valori che differiscono nelle diverse culture. La malattia mentale si riferisce a tutti i disordini mentali diagnosticabili, è caratterizzata da alterazioni del pensiero, della cognizione, dell'umore o del comportamento associati ad angoscia o a *deficit* di funzionamento. I disturbi del pensiero, dell'umore o del comportamento causano nel soggetto che ne soffre angoscia, condotte disfunzionali, aumentano il rischio suicidario, il dolore, la disabilità.

Rientrano invece tra i problemi di salute mentale sintomi di intensità o durata ridotte che, se non curati, possono comunque esporre al rischio di depressione, suicidio, patologie fisiche. Carrozza sottolinea come salute e malattia siano stati dinamici,

mutevoli nelle diverse fasi del ciclo di vita poiché sono legate alle dimensioni genetiche-costituzionali e psicologiche della persona ma anche a fattori socio ambientali, economici e culturali: gli individui possono - nelle diverse fasi della loro esistenza - manifestare una maggiore vulnerabilità alle diverse forme di disturbo mentale ma possono anche rinforzare la loro salute psichica grazie alle risorse di cui dispongono.

E' inoltre importante una breve riflessione sul concetto di decorso ed esito di una malattia: il primo termine si riferisce alle modalità di evoluzione in un determinato periodo di tempo, con il secondo intendiamo invece lo stato di salute in una fase della malattia – variabile in diversi momenti - o nella fase finale. *I tipi di decorso più comuni nelle malattie umane sono quattro: malattia persistente e stabilizzata dopo un'iniziale fase acuta; multiple esacerbazioni con sintomi residui tra un episodio e l'altro; ricadute ricorrenti con disabilità ingravescente; singolo episodio seguito da un miglioramento definitivo* (Carrozza, 2010:52). Negli ultimi decenni gli studi sul decorso e sugli esiti della malattia mentale hanno dimostrato che i pazienti, a parità di diagnosi, si differenziano tra di loro per le caratteristiche dei sintomi, per i livelli di funzionamento e per l'esito ed il decorso della malattia. Ai fini del lavoro di ricerca sulle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica tali evidenze scientifiche, emerse in alcuni studi a lungo termine che si differenziano nei risultati per le percentuali di guarigione o miglioramento ma concordano sul fatto che gli esiti della malattia differiscono tra paziente e paziente, tra gruppi di pazienti in relazione al contesto socioculturale e nello stesso individuo se si considerano diverse aree di funzionamento, rappresentano un elemento conoscitivo importante. Anche il decorso e l'esito della schizofrenia, la malattia mentale più frequentemente riscontrata, si caratterizza per ampia eterogeneità tanto sul decorso quanto sugli esiti e, soprattutto, la variabilità è correlata al tipo di trattamento ed alle caratteristiche dei servizi erogati (Carrozza, 2010:52-77).

Prima di passare alla descrizione delle diverse aree diagnostiche, è necessario un ulteriore chiarimento sul concetto di guarigione in considerazione dei diversi approcci sul punto emersi nella ricerca effettuata non solo tra le due categorie professionali intervistate ma anche nell'ambito dei professionisti con la stessa formazione.

Nel campo della salute mentale vi sono diversi approcci al termine guarigione sia per quanto riguarda gli indicatori che la caratterizzano che per le percentuali di pazienti che vengono considerati guariti. Le definizioni di guarigione possono essere molto restrittive, quando prevedono la completa remissione dei sintomi e la sospensione delle terapie farmacologiche, oppure possono essere più ampie e porre l'accento sul funzionamento anziché sui sintomi ed in questo caso anche l'assunzione di psicofarmaci non è in contraddizione con il raggiungimento di uno stato di guarigione - almeno parziale - come quello di un paziente cardiopatico infartuato che è considerato guarito anche se continuerà ad assumere la terapia farmacologica.

Il concetto di guarigione parziale, compatibile con il paradigma della disabilità e con l'orientamento al *recovery*, appare utile ai nostri fini e definisce una situazione comune al campo della disabilità e delle malattie croniche: guarigione non significa che la malattia sia scomparsa, che la sintomatologia non sia più presente, che il funzionamento sia reintegrato completamente ma, riprendendo il concetto di resilienza, è la capacità di preservare una condizione di equilibrio psicofisico nonostante i sintomi o temporanee alterazioni del funzionamento (Bonanno, 2004). Con il termine guarigione nell'ambito della salute mentale appare funzionale - per gli obiettivi della ricerca della seconda parte - riferirsi a Davidson (2003, 2009) assumendo che la guarigione si riferisce all'abilità, nonostante la malattia e la disabilità che ne deriva, di riprendere il controllo della propria vita e della malattia conducendo una vita dignitosa, sicura e significativa nell'ambito familiare, amicale, sociale.

Senza entrare in dettagliate considerazioni di ordine nosografico, non utili alla presente trattazione anche in considerazione della complessità e della variabilità delle manifestazioni sintomatologiche, si ritiene utile ai fini di una maggiore chiarezza di comprensione di aspetti che verranno presentati nella seconda parte, presentare alcuni elementi definitivi relativi ai disturbi di personalità, ai disturbi d'ansia, ai disturbi dell'umore e ai disturbi dell'area psicotica ritenuti in letteratura potenzialmente dannosi per lo sviluppo dei bambini (Procaccia, 2005). Si assume il DSM-IV-TR - la quarta versione revisionata del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), pubblicato dall'Associazione degli Psichiatri Americani (American Psychiatric Association), APA, nel 2000 - come riferimento per la classificazione delle patologie psichiatriche. Il DSM IV-TR è uno dei sistemi di classificazione psichiatrica più noti e riconosciuti per la loro validità. Si tratta di un sistema di tipo descrittivo che riporta criteri diagnostici per l'identificazione delle diverse patologie (Gilberti, Rossi, 2009:57).

I disturbi mentali vengono definiti in base a quadri sintomatologici, e quest'ultimi sono raggruppati su basi statistiche; il DSM-IV-TR offre anche la possibilità di una diagnosi combinata multiassiale che dispone i disturbi su diversi assi. All'asse I corrispondono disturbi clinici come le nevrosi e le psicosi, i disturbi di personalità sono indicati dall'asse II mentre l'asse III riguarda i disturbi fisici eventualmente associati e l'asse IV le problematiche ambientali ed in generale i fattori stressanti che contribuiscono al disturbo psichico. Sull'asse V troviamo in ultimo una valutazione globale del funzionamento della persona. L'associazione di caratteristiche appartenenti ad assi diversi permette una valutazione complessiva della situazione clinica e sociale del paziente psichiatrico.

Successivamente al periodo in cui sono state effettuate le interviste agli psichiatri è stata pubblicata la quinta versione del DSM ad oggi non adottato in Italia.

3.1.1. I disturbi di personalità

Il DSM-IV-TR definisce il *Disturbo di Personalità* come una modalità di esperienza soggettiva e di comportamento che devia significativamente dai modelli culturali dell'individuo e del suo gruppo sociale, è inflessibile e pervasiva, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, causa disagio o compromissione funzionale. Si manifesta in tutte le aree della vita psichica: cognitivà, affettiva, delle relazioni interpersonali e nel controllo degli impulsi.

Le persone con un disturbo di personalità seguono un modello di rappresentazione mentale, di comportamento e di esperienza interiore che devia decisamente rispetto alle norme della cultura di appartenenza. Si tratta di disturbi rigidi, diffusi su cui è radicata la personalità dell'individuo e di conseguenza la sua organizzazione mentale e il suo equilibrio. Per quanto concerne gli aspetti clinico-classificatori ci si deve rifare ai sistemi di classificazione DSM IV o ICD 10, mentre, per quanto concerne il punto di vista psicodinamico, è possibile fare riferimento alle analisi di Otto Kernberg (1978) che elabora una classificazione complessiva della patologia del carattere, comprendendo sia le condizioni limite (o marginali o *borderline*) sia il livello più gravemente regredito di tale patologia. I Disturbi di Personalità sono classificati sull'asse II del DSM-IV-TR e sono raccolti in tre gruppi in base ad analogie descrittive.

Il gruppo A include i Disturbi di Personalità Paranoide, Schizoide e Schizotipico. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono strani o eccentrici.

Il gruppo B include i Disturbi di Personalità Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico. Gli individui con questi disturbi spesso appaiono amplificativi, emotivi o imprevedibili.

Il gruppo C include i Disturbi di Personalità Evitante, Dipendente, e Ossessivo-Compulsivo. Gli individui con questi disturbi appaiono spesso ansiosi o paurosi.

Si sottolinea come il raggruppamento, utilizzato in situazioni di ricerca e didattiche, presenta limitazioni poiché non è stato validato e gli individui frequentemente presentano una concomitanza di Disturbi di Personalità appartenenti a gruppi diversi.

Le caratteristiche di un Disturbo di Personalità solitamente sono riconoscibili durante l'adolescenza o nella prima età adulta. Per definizione, un Disturbo di Personalità è un modo costante di pensare, sentire, e comportarsi relativamente stabile nel tempo: alcuni tipi di Disturbi di Personalità (in particolare i Disturbi di Personalità Antisociale e *Borderline*) tendono a rendersi meno evidenti o ad andare incontro a remissione con l'età, mentre questo sembra meno vero per alcuni altri tipi per esempio Disturbi Ossessivo-Compulsivo e Schizotipico di Personalità (Cambria, 2003:113-124; Gabrielli, Moscato, in Giberti, Rossi, 2009:199-228).

3.1.2. I disturbi d'ansia

Se condizioni psicotiche temporanee possono far parte dell'esperienza di ognuno di noi, questo è vero a maggior ragione per i disturbi d'ansia tant'è che ansie, insicurezze, fobie, ossessioni, isterie sono esperienze spesso considerate normali e le persone vengono considerate malate solo quando l'importanza di questi disturbi diventa un serio ostacolo alla vita quotidiana (Avalle et al, 2001:58).

L'ansia è un segnale di allarme che la nostra mente attiva quando avverte una situazione di pericolo, è una reazione individuale ad un senso di sproporzione fra ciò che si deve affrontare e le capacità che il soggetto ritiene effettivamente di possedere. Ogni individuo è caratterizzato da livelli specifici di ansia, ma anche da un particolare atteggiamento rispetto ad essa. È possibile, per esempio, che due soggetti abbiano lo stesso livello di ansia di fronte ad un pericolo, ma che si differenzino per la reazione a tale vissuto. Il primo può valutarla come una risposta normale, mentre il secondo può preoccuparsi a tal punto da sviluppare un'ansia nell'ansia. È per questo che la reale entità di ciò che l'individuo deve affrontare è soggettiva e talvolta quasi impercettibile. In altre parole, esaminando in modo "oggettivo" la situazione che provoca ansia non emerge nessun pericolo, ma essa evoca comunque insicurezza, per cui l'oggetto dell'ansia è solo un pretesto, un "evento-sentinella", di un pericolo le cui radici affondano più in profondità.

La componente soggettiva dell'ansia è paragonabile a quella del dolore inteso come qualcosa che varia a seconda del vissuto, della cultura o dello stato d'animo, di conseguenza risulta sempre molto difficile differenziare i fattori emotivi rispetto al dolore fisico. Allo stesso modo, la percezione d'ansia non è solo psicologica (sensazioni di insicurezza, instabilità emotiva, incapacità di coordinamento del pensiero, confusione), ma è sempre associata ad una componente fisica. L'ansia è quindi un segnale psicofisico, ma spesso, perdendo la connessione con l'evento psichico, si manifesta unicamente come segnale fisico attraverso meccanismi di somatizzazione.

Da un punto di vista psicologico l'ansia può non essere solo una reazione preparatoria ad un pericolo, ma trasformarsi in una forma di allarme: l'avvertimento che un conflitto intrapsichico è in atto. Si tratta di qualcosa che oltrepassa l'evento stesso e si inserisce nella storia personale dell'individuo. In questo caso, l'ansia non è ancora patologica, poiché il soggetto ha ancora margini di azione per poterla gestire, tuttavia siamo oltre il livello di normalità. Può diventare patologica quando la stessa situazione di conflitto determina inibizione o menomazione psicologica e fisica e questo avviene se le reazioni ansiose si cronicizzano o divengono molto frequenti. In ogni caso la patologia origina sempre e comunque dalla sproporzione fra la causa efficiente e la reazione del soggetto. La tipologia dei disturbi d'ansia comprende numerose sindromi

che un tempo venivano denominate nevrotiche: gli Autori del DSM hanno del tutto eliminato il termine “nevrosi” e il modello psicodinamico della formazione dei sintomi ad essa associato. Il concetto di nevrosi d’ansia è stato suddiviso in differenti categorie: i disturbi d’ansia (propriamente detti), i disturbi somatoformi, i disturbi dissociativi e i disturbi dell’adattamento e comprendono un gruppo di disturbi caratterizzati dai sintomi tipici dell’ansia patologica. Le manifestazioni ansiose possono essere più o meno intense e più o meno durature. Nella sezione dedicata ai disturbi d’ansia, il DSM-IV-TR delinea numerose situazioni, quelle maggiormente utili ai fini del presente lavoro sono gli attacchi di panico, l’agorafobia, la fobia sociale, il disturbo ossessivo compulsivo, il disturbo post-traumatico da *stress*.

La terapia dei disturbi d’ansia ha subito nel corso degli ultimi anni una progressiva evoluzione: ad oggi si riconosce che la reale efficacia di una strategia di trattamento va misurata sugli esiti a lungo termine, anche perché molti Disturbi d’ansia sono correlati ad una bassa qualità di vita, bassi livelli occupazionali. Non è inoltre trascurabile il problema dell’interruzione del trattamento che rappresenta un serio problema sia in termini clinici che economici, ancora difficile da gestire. Diversi sono i fattori che possono influenzare il fenomeno del *drop out*: gravità e durata della malattia, eventuale comorbilità con altri disturbi psichiatrici, scelta terapeutica, fattori terapeutici non specifici relativi al paziente (livello e tipo di informazione sulla malattia, aspettative nei confronti del trattamento, precedenti esperienze mediche, ecc.), fattori sociodemografici (età, sesso, occupazione, stato civile, grado di istruzione, ecc.), fattori non specifici relativi al contesto terapeutico tra i quali la *compliance* del medico nei confronti della malattia, la *compliance* del paziente, dinamiche interpersonali della relazione medico-paziente (Cambria, 2003:81-87; Marcenaro, Bucca, in Giberti, Rossi 2009:177-198).

3.1.3. I disturbi dell'umore

I disturbi dell’umore sono costituiti da un gruppo eterogeneo di quadri clinici in cui l’elemento psicopatologico fondamentale è una alterazione significativa dell’affettività, vale a dire di quella condizione che indirizza e colora la vita psichica e quindi l’esistenza di ogni essere umano. E’ opportuno distinguere vari tipi di disturbi dell’umore secondo i due poli tristezza-depressione/eccitazione-mania: in queste condizioni psicopatologiche, il tono dell’umore, anziché oscillare fisiologicamente fra i due poli rappresentati dalla tristezza e dalla gioia, viene a situarsi patologicamente e stabilmente al polo negativo, nella condizione depressiva, oppure al polo positivo, nella condizione euforica.

Disturbi del tono dell’umore possono essere presenti in maniera *manifesta* nei disturbi dell’umore veri e propri, in maniera *mascherata* nelle nevrasie nelle quali la

depressione può essere latente o mascherata in tutte le manifestazioni nevrotiche o ipocondriache, in maniera *latente* in nevrosi isteriche, in alcune forme psicotiche, in alcuni disturbi di personalità, nei disturbi dell'alimentazione, nelle tossicodipendenze. Questi sentimenti sono comunque una condizione fisiologica e necessaria dello sviluppo e dei rapporti affettivi intrapersonali ed interpersonali: non solo ognuno di noi ha provato la depressione, ma la nostra educazione è basata su un modello depressivo, un modello di perdita e di ricostruzione. Il sistema classificatorio DSM-IV-TR distingue i disturbi dell'umore in disturbi depressivi, bipolari, dovuti a condizioni mediche generali, indotti da sostanze, dell'adattamento, schizoaffettivi. Una preoccupante previsione indica che nel 2020 la depressione maggiore unipolare sarà al secondo posto nella classifica delle cause di disabilità nel mondo (Murray e Lopez, 1996).

Nell'ambito dei disturbi dell'umore la depressione rappresenta una patologia frequente nei genitori seguiti dagli assistenti sociali e dagli psichiatri intervistati pertanto si specificano alcuni aspetti utili per la trattazione successiva.

La depressione può rappresentare una fisiologica risposta agli eventi esistenziali ed è, prima di tutto, una condizione naturale nello sviluppo maturativo dell'individuo. I sintomi depressivi assumono sfumature e intensità diverse all'interno di un *continuum* che va dalla tristezza alla depressione vera e propria alla melanconia: la tristezza è il fisiologico stato d'animo connesso alla sensazione di perdita o di abbandono, all'evocazione di qualcosa che non c'è più; la depressione, caratterizzata dalla deflessione del tono dell'umore, è un'esperienza qualitativamente e quantitativamente più intensa; la melanconia è una forma di depressione particolarmente profonda, con perdita di interesse e di reattività agli stimoli esterni (Gilberti, Rossi, 2009). I sintomi fondamentali sono: inversione del tono dell'umore verso il polo negativo; rallentamento ideativo e motorio; non coscienza di malattia; dolore morale; colpa, rimorso ed autosvalutazione; incapacità ed inferiorità; presentificazione; idee e tentativi suicidari. I sintomi accessori, non necessariamente specifici o presenti, ma abbastanza frequenti sono: deliri di colpa e/o di rovina; ipocondria; vitalizzazione dei sintomi; depressione agitata; colpa, sospetto, persecuzione; miseria, rovina, catastrofe; indegnità ed effetto alone; ansia ed agitazione. Quasi sempre la depressione si associa una significativa compromissione dell'assetto cognitivo: il depresso non riesce a ricordare avvenimenti accaduti solo poche ore prima, perde le capacità di attenzione e di concentrazione; ogni scelta è pressoché impossibile e anche le piccole decisioni della vita quotidiana sono fonte di imbarazzo e disagio intollerabili. La riduzione del funzionamento cognitivo è in relazione anche al *deficit* della motivazione e all'inibizione delle spinte pulsionali, le funzioni cognitive non sono effettivamente deteriorate, bensì non esercitate e i sintomi si risolvono, il più delle volte, con appropriata terapia antidepressiva. I caratteristici sentimenti di colpa, l'isolamento, la rabbia, la disperazione, la sensazione di perdita di controllo sui sentimenti e sui pensieri, la convinzione che la condizione sia senza fine, rappresentano il contesto più favorevole per la manifestazione e il rafforzamento di

tematiche suicidarie e per veri e propri *tentativi anticonservativi*. Il depresso può arrivare a considerare la morte come la sola via di uscita dalla sua profonda demoralizzazione, dall'indifferenza affettiva, dalla riduzione delle capacità prestazionali. Le idee di perdita, autosvalutazione, indegnità, colpa, possono strutturarsi in veri e propri deliri che possono portare alla convinzione di avere commesso gesti riprovevoli o imperdonabili, che porteranno a conseguenze tragiche e devastanti per sé, per i familiari o addirittura per il mondo intero; il delirio di rovina cioè l'assoluta convinzione di essere economicamente rovinato e non disporre nemmeno più del minimo necessario per il sostentamento di sé e dei propri cari possono portare al cosiddetto suicidio "allargato" o "salvifico": il paziente può suicidarsi dopo aver ucciso qualcuno dei propri cari, con l'intento di salvarlo da una morte peggiore, conseguenza delle proprie colpe o della rovina economica (Gilberti, Rossi, 2009).

Un intervento clinico continuativo farmacologico e psicoterapico ha buoni risultati: la continuazione delle terapie riduce il rischio di ricorrenza, seppur presente nel corso dei tre anni successivi al primo episodio. Il rischio di ricorrenza aumenta con il verificarsi di nuovi episodi: le ricorrenze dopo il primo episodio sono circa del 50%; dopo il secondo episodio salgono al 70% e dal terzo episodio in su superano il 90% e ogni nuovo episodio depressivo porta con sé un aumento del rischio di cronicità (Cambria, 2003:67:81; Gabrielli in Giberti, Rossi, 2009:327-376).

3.1.4. I disturbi dell'area psicotica

Dal XIX secolo gli psichiatri si sono interessati a disturbi mentali caratterizzati da un'errata rappresentazione della realtà, alterazioni del pensiero, della percezione e degli stati emotivi, ed anomalie del comportamento.

La psichiatria moderna definisce le psicosi come un gruppo eterogeneo e vario di disturbi, in cui possono comparire, insieme o in sequenza, sintomi raggruppati in tre dimensioni principali. La prima dimensione è definita come trasformazione della realtà: sul piano clinico essa corrisponde all'ampia gamma dei vissuti deliranti e allucinatori (sintomi positivi). La seconda dimensione è caratterizzata dall'impoverimento ideoaffettivo e sul piano clinico è espressa dai cosiddetti sintomi negativi tra i quali troviamo l'apatia, l'abulia, l'anaffettività, l'incapacità di pianificazione, l'impoverimento dei comportamenti sociali con ritiro sociale. La terza dimensione è rappresentata dalla disorganizzazione cognitiva, con alterazioni del linguaggio e del ragionamento che diviene caotico ed illogico. In alcuni casi, ad esempio, le persone possono presentare delle difficoltà ad esprimere i loro ragionamenti in modo organizzato e comprensibile, questo aumenta il senso d'estraneità dall'interlocutore oppure favorisce la diffidenza o il criticismo da parte degli altri. Esistono vari tipi di disturbi psicotici: disturbi

schizofrenici, schizofreniformi, schizoaffettivi, deliranti. I disturbi dell'area psicotica si manifestano in età giovanile, talvolta in modo non immediatamente riconoscibile con crisi ripetute nel tempo; le crisi possono anche non presentare una stabilizzazione dei sintomi principali, ma lasciano, tuttavia, dei limiti alla persona.

La schizofrenia rappresenta la più grave forma di psicosi, contraddistinta dalla perdita di contatto con la realtà circostante, da un esame falsificato della stessa e dalla rottura della successione logica del pensiero. Si caratterizza per la difficoltà di concatenazione degli elementi del pensiero, e per la scissione dei processi associativi costituita dal disturbo di concatenazione affettiva del pensiero, in cui si legano due aspetti contrastanti - ti voglio talmente bene, che ti odio - e da disturbi del comportamento rispetto agli elementi del pensiero - ho fame, quindi non mangio.

Sintomi fondamentali sono la presenza di pensiero dissociato con perdita dei comuni nessi associativi tra le singole idee in assenza di alterazione dello stato di coscienza, il pensiero è frammentario, illogico, bizzarro e sconclusionato, il linguaggio è slegato, contorto, distorto o incomprensibile. Possono essere presenti tutti i disturbi formali del pensiero: fusioni (concetti originali e insensati risultanti dalla condensazione di due o più idee eterogenee), iperinclusioni (inserimento nel corso del pensiero logico di un concetto non appropriato), deragliamenti (deviazioni del corso del pensiero da un tema ad un altro senza rapporti apparenti, fino all'incoerenza, intoppi con blocchi, omissioni e *barrages* (interruzione temporanea del corso del pensiero dovuta all'eclissarsi dalla coscienza dei suoi contenuti), tangenzialità (modalità di risposta non diretta, per cui le risposte non risultano del tutto pertinenti con le domande). Nel paziente affetto da schizofrenia l'affettività è inadeguata, paradossale e discordante rispetto alla situazione (piangere di felicità, ridere nel dolore) o rispetto al contenuto del discorso ed impulsiva sia in eccesso sia in difetto (esplodere in un enorme risata o in un pianto inconsolabile). Ulteriore tratto comune è *l'autismo* caratterizzato dal ritiro sociale, dalla chiusura nel mondo del paziente in cui è lui stesso a scegliere l'importanza delle cose. È un mondo non condiviso e non condivisibile. In ultimo è presente una continua ambivalenza, per la quale il paziente può provare sentimenti contrastanti e portarlo, per esempio, ad aggredire una persona che ama. Sintomi accessori della schizofrenia possono essere le allucinazioni, i deliri, gli automatismi. I pazienti schizofrenici presentano spesso disturbi del linguaggio e della scrittura rappresentati da: insalata di parole, perseverazioni come l'ecolalia (ripetizione continua di una frase), la palilalia (ripetizione della stessa sequenza di parole) e le stereotipie verbali, neologismi, mutilazioni di parole e micrografia.

Il comportamento può presentare dei disturbi caratterizzati da atteggiamenti bizzarri ed impulsivi che si manifestano con abbigliamento stravagante, alterazione del comportamento sociale e sessuale. Altri disturbi del comportamento sono rappresentati dai sintomi catatonici come la catalessia, il negativismo (comportamento di opposizione nei confronti di qualsiasi tipo di stimolo), l'automatismo al comando,

manierismi (atteggiamenti mimico-gestuali stravaganti ed inappropriati che tendono a venir ripetuti), stereotipie (movimenti ripetitivi ed afinalistici), paleocinesie (riemersione di gesti infantili come dondolarsi o succhiarsi il dito), mutacismo. Tra i segni distintivi della schizofrenia si annoverano anche i sintomi negativi caratterizzati da appiattimento affettivo che può anche essere determinato dalla terapia psicofarmacologica e dall'istituzionalizzazione, scarso contatto mimico ed oculare, perdita delle inflessioni vocali spesso dovuto alla scissione dell'affettività rispetto ai contenuti, per cui frequentemente il tono è monocorde, aumentata latenza delle risposte.

La letteratura clinica evidenzia come la schizofrenia non sia una malattia cronica in quanto il 25% delle schizofrenie trattate all'esordio guariscono, il 25% delle schizofrenie trattate guariscono con difetto ed il 50% resta cronico: la malattia ha uno sviluppo processuale e non fasico come ad esempio la depressione. Possono presentarsi una fase prodromica, con un chiaro deterioramento nel funzionamento precedente la fase attiva della malattia ed una fase residua caratterizzata dalla persistenza, dopo la fase attiva, di alcuni sintomi. Queste due fasi possono condividere gli stessi sintomi: marcato isolamento o ritiro sociale, marcata menomazione nelle funzioni connesse con il ruolo, comportamento decisamente stravagante, marcata trascuratezza nell'igiene personale e nell'aspetto, ottundimento o inadeguatezza dell'affettività, linguaggio digressivo, vago, iper elaborato, circostanziato o metaforico, credenze strane o pensiero magico, influenti sul comportamento e incomprensibili con le norme culturali, esperienze percettive inusuali, marcata perdita di iniziativa, interessi o energia. I soggetti con esordio in età più giovanile sono più frequentemente di sesso maschile, hanno un adattamento pre-morboso più scadente, un minore grado di istruzione, alterazioni strutturali dell'encefalo più evidenti e deficit cognitivi, segni e sintomi negativi più rilevanti ed un esito peggiore. I soggetti con un esordio tardivo sono più frequentemente donne, con alterazioni strutturali cerebrali meno evidenti e con un esito più favorevole. Tra i soggetti che rimangono ammalati, alcuni sembrano avere un decorso relativamente stabile, mentre altri mostrano un progressivo peggioramento, associato a grave disabilità. All'inizio della malattia, i sintomi negativi possono essere rilevanti, apparendo primariamente come manifestazioni prodromiche; successivamente compaiono sintomi positivi che sono particolarmente rispondenti al trattamento, per cui diminuiscono, ma in molti soggetti persistono sintomi negativi che possono diventare stabilmente più rilevanti in certi soggetti durante il decorso della malattia.

L'approccio terapeutico utilizzato nella cura del disturbo schizofrenico è rappresentato dall'applicazione di interventi individuali, familiari, di gruppo e sociali. Per quanto concerne ricerche condotte sull'intervento familiare, si è dimostrato che la terapia della famiglia, (associata a farmaci antipsicotici), è tre volte più efficace della sola farmacoterapia nella prevenzione di ricadute. Gli interventi familiari sistemici e di sostegno si basano su approcci psicoeducativi, per aiutare le famiglie stesse a riconoscere i sintomi prodromici, a ridurre le critiche e l'ipercoinvolgimento, aiutando a vedere come un programma farmacologico costante possa preservare un funzionamento

ottimale. La psicoterapia di gruppo (psicodinamica, dei ruoli e psicodramma) può essere invece utilizzata solo quando i sintomi positivi si sono stabilizzati, gli interventi sociali, infine, possono essere comunitari, riabilitativi delle funzioni sociali, territoriali-domiciliari e di gruppo (Cambria, 2003:103-113); Marcenaro, Vecchiato in Giberti, Rossi, 2009:377-400; Marcenaro in Giberti, Rossi, 2009:401-412) .

2. L'influenza della psicopatologia sulle competenze genitoriali. Fattori predisponenti, precipitanti, perpetuanti

I dati sull'incidenza della patologia psichiatrica propendono per un fenomeno in costante aumento che influenza la vita non solo delle persone sintomatiche ma anche delle loro famiglie (Ferraris, 2012).

Come rilevato da Fava Vizziello et al. (1991), Reder e Lucey (1997) e da Procaccia (2005) - anche sulla base dell'analisi dei lavori di Hall e di Fonagy e Target - non sono tanto la diagnosi in sé o la sua gravità ad influenzare le competenze genitoriali: una valutazione complessiva dell'adattamento e del funzionamento familiare, un'attenzione alla relazione di coppia, a come il bambino vive la malattia del genitore e a quali strategie utilizza per farvi fronte dovrebbe essere attivata in tutte le situazioni nelle quali sia opportuna una valutazione del benessere familiare, dei fattori di rischio e di protezione per lo sviluppo del minore. La gravità della diagnosi non appare di per sé sufficiente poiché può essere un fattore di rischio maggiore il comportamento del genitore nel quotidiano: personalità non psicotiche ma gravemente nevrotiche possono innestare rapporti interpersonali ed affettivi gravemente disturbanti e generare nei minori effetti più gravi rispetto a quelli legati a psicosi conclamate dei genitori. Si sottolinea, inoltre, come le funzioni genitoriali non sono influenzate solo dalle caratteristiche del singolo genitore, ma dipendono - tra le molteplici e complesse variabili che entrano in gioco - anche dalla relazione fra i coniugi, dalla possibilità di ricevere supporto sociale, dall'età del bambino (Procaccia, 2005:146-149).

Sebbene siano numerosi i lavori che propendono per una posizione di relatività del rischio appare indubbio, da una *review* della letteratura, che i problemi psichiatrici dei genitori possono influenzare negativamente lo sviluppo ed il benessere dei bambini.

Come evidenziano Reder e Duncan (2003) i bambini possono risentire di sintomi di disagio psicopatologico dei genitori quali l'aggressività, l'irritabilità, il ritiro sociale, ideazione e comportamenti bizzarri che spesso influenzano le capacità di pianificazione

favorendo una generale incoerenza nei comportamenti, ingenerano conflitti nella coppia e portano ad un deterioramento dello stile di vita.

Riprendendo la teoria dei fattori di rischio e di protezione della Di Blasio analizzata in precedenza, appare verosimile che la presenza di disturbi psichiatrici nei genitori possa costituire un fattore di rischio in termini di difficoltà psicosociali, disturbi affettivi e comportamentali, psicopatologia, abuso fisico e sessuale e trascuratezza.

Tale lettura appare altresì fondata a fronte dell'analisi delle teorie sui bisogni e sull'attaccamento presentate precedentemente: la qualità dello sviluppo di un bambino è predittiva delle sue capacità di far fronte alle difficoltà o al contrario della sua vulnerabilità. Il genitore sintomatico per patologia psichiatrica, caratterizzato dagli aspetti visti nel paragrafo precedente, potrebbe non essere in grado di garantire il soddisfacimento dei bisogni e l'attaccamento del proprio figlio.

Il modello di Hall, rielaborato da Procaccia, consente una ulteriore riflessione sul tema dei fattori che possono ridurre o accentuare i rischi. Hall (1996) individua tre diversi ordini di fattori che definisce predisponenti, perpetuanti o precipitanti che possono influenzare lo sviluppo del bambino, contribuendo alla sua resilienza, intesa come capacità di far fronte agli eventi avversi, o viceversa, alla sua vulnerabilità allo stress.

I fattori predisponenti - prossimali di rischio e di amplificazione del rischio legati alle peculiarità del bambino in Di Blasio - si riferiscono alle caratteristiche di personalità, cognitive, fisiche, legate al genere, alla presenza di malattie o disabilità congenite o acquisite che possono rendere il bambino più vulnerabile e più incline a incontrare difficoltà nel far fronte alla presenza di un genitore affetto da problemi psichiatrici. Un buon livello intellettuale costituisce un fattore di protezione dello sviluppo poiché consente di comprendere ed elaborare più efficacemente la realtà circostante, di conseguire buoni risultati scolastici e aumenta l'autostima.

La sintomatologia psichiatrica dell'adulto genitore, ad eccezione di situazioni nelle quali i figli sono accuditi da madri depresse che possono non essere in grado di stimolare i figli, non sembra esercitare grande influenza sullo sviluppo cognitivo dei figli: il buon livello intellettuale che questi possono raggiungere costituisce quindi un fattore di protezione, in grado di contrastare gli effetti negativi della malattia psichiatrica dei genitori.

Analizzando altre caratteristiche dei bambini, legate ai ritmi e alle particolarità caratteriali, emerge come tra i figli di genitori psicotici vi è una maggiore incidenza di bambini con temperamento difficile, rispetto alla popolazione normale e tali caratteristiche, connotate da ritmi irregolari nel sonno e nell'alimentazione, da segnali di ritiro e rifiuto delle situazioni nuove, da scarse capacità d'adattamento, da umore negativo e reazioni molto intense fanno correre al bambino maggiore rischio di maltrattamento e abuso.

In tali situazioni secondo Hall (1996) la presenza di sintomi psichiatrici può fungere da amplificatore del rischio per i bambini: i genitori possono vivere le difficoltà

di gestione dei propri figli come fallimenti personali, i loro sintomi possono peggiorare ed aumenta il rischio di condotte aggressive.

Come il temperamento difficile anche la presenza di problemi comportamentali nel bambino può essere un fattore di *stress* che peggiora il rapporto col genitore malato riducendone le competenze parentali.

Secondo Nicholson *et al.* (cit. in Procaccia, 2005) il ruolo dei fattori genetici non è chiaro, essendo difficile isolarne gli effetti e valutarne l'interazione con i fattori ambientali, ma i rischi di sviluppo psicopatologico nei bambini possono comunque essere aumentati dall'influenza dell'ambiente stressante e negativo creato dalla patologia del genitore e dall'influenza di ulteriori agenti di stress correlati, quali la presenza di conflitto coniugale, di aggressività e ostilità, di divorzio e separazione.

Rientrano tra i fattori predisponenti le difficoltà pre o perinatali che sono più frequenti nei figli di genitori psichiatrici a causa di fattori quali gravidanze precoci e non desiderate, negate, nelle quali le madri assumono comportamenti a rischio per il feto. La mancanza di controlli regolari, di uno stile alimentare corretto, l'assunzione di alcool o droghe determinano una maggiore incidenza di bambini nati pre-termine o con patologie fisiche. I neonati che nascono a seguito di gravidanze non seguite presentano in misura elevata bassi punteggi *Apgar*, ipotonia e scarse capacità di auto-calmarsi, fattori che costituiscono un rischio per la creazione del legame di attaccamento tra mamma e bambino.

Parimenti, la presenza di patologie del bambino, come *handicap* di varia natura o malattie croniche, che secondo la letteratura anche in genitori non affetti da patologie predispongono verso comportamenti trascuranti e abusanti, aumentano il rischio di maltrattamento da parte di genitori affetti da patologie psichiatriche, poiché il disagio del bambino amplifica la loro tendenza ad essere rifiutanti. Le caratteristiche del bambino, il genere, l'ordine di genitura, il temperamento, lo stato di salute, le diverse modalità con cui affronta le varie fasi evolutive contribuiscono quindi a caratterizzare positivamente o negativamente la relazione con il genitore. In letteratura numerosi contributi rilevano che un temperamento difficile può costituire per i genitori una prova gravosa e una fonte di difficoltà rappresentando, soprattutto se associato ad altra problematicità, un fattore di rischio per l'insorgenza di problematiche relazionali e di disagio psicologico del bambino. Si evidenzia come seppur in presenza di tali difficoltà una conoscenza delle competenze emotive, comunicative, cognitive specifiche per ogni fase evolutiva, aiuta i genitori a crearsi rappresentazioni e aspettative più realistiche del bambino, ad orientarsi nella relazione con attenzione alle diverse fasi evolutive: affiancare i genitori permette loro di riconoscersi competenti negli scambi interattivi fin dalla nascita e a migliorare sensibilità e responsività nei confronti dei figli (Manaresi, Marianecchi, 2006:50).

La possibilità di sviluppo e la gravità del disturbo mentale del bambino dipendono dalla qualità delle relazioni che ha con il mondo degli adulti, molte volte

imparano a controllare le loro emozioni per sopportare l'insicurezza, la tensione e la paura legata alla patologia dei loro genitori. Una diagnosi della patologia dei genitori può facilitare il loro adattamento riducendo il senso di colpa e di responsabilità per le manifestazioni dell'adulto, può favorire un miglior adattamento. Nascondere la malattia, al contrario, accentua i problemi. (Procaccia, 2005:149-153)

Tra i *perpetuating factors*, fattori che perdurano durante il corso di vita e, interagendo in modo più diretto con la vulnerabilità determinata dai fattori predisponenti, possono compromettere o agevolare lo sviluppo e il benessere del bambino troviamo la qualità del legame mamma-bambino e le dinamiche familiari (fattori prossimali di rischio e di amplificazione del rischio legati alla famiglia in Di Blasio).

Appare importante, poiché richiama i già citati studi sui cicli di vita delle famiglie e sugli eventi critici, il *focus* di Hall sulle caratteristiche delle relazioni familiari, che possono variare considerevolmente non solo tra differenti famiglie, ma nella stessa famiglia in momenti diversi, sia rispetto alla fase del ciclo di vita sia in relazione alla specificità dell'evento critico positivo o negativo che sia.

Il discorso si correla anche agli studi sulla struttura visti con Minuchin e gli stili familiari possono essere collocati lungo un *continuum* che caratterizza le dimensioni della vicinanza (invischiamento-vicinanza-distanza), dell'organizzazione (caos-flessibilità-organizzazione-rigidità), dell'affettività (calore-ambivalenza-freddezza-ostilità), della gestione del conflitto (negato-gestito-esplosivo-irrisolto).

Nelle famiglie con un genitore sintomatico per patologia psichiatrica lo stile genitoriale è spesso caratterizzato da indifferenza, mancanza di coinvolgimento, trascuratezza, incapacità di porre regole che sono eccessivamente rigide o del tutto assenti. Queste caratteristiche incrementano nei bambini l'aggressività, generano bassa autostima, scarso controllo degli impulsi e difficoltà relazionali.

La durata delle interazioni, la loro coerenza nel tempo, la presenza di un genitore con uno stile differente caratterizzato dalla capacità di gestire il conflitto, di dare ai bambini calore affettivo, vicinanza, flessibilità e organizzazione, costituiscono elementi in grado di contrastare l'impatto della patologia del genitore malato sul funzionamento familiare complessivo e quindi, indirettamente, sullo sviluppo del bambino.

Ulteriori aspetti presenti tra i fattori perduranti in Hall - che ritroviamo tra i fattori di rischio distali in Di Blasio - sono quelli legati all'ambiente socio-culturale nel quale la famiglia vive ed al livello socio-economico.

La presenza di una rete familiare e amicale in grado di offrire un supporto relazionale e concreto ai genitori affetti da patologia psichiatrica anche in Hall costituisce un fattore protettivo (fattori prossimali protettivi e di riduzione del rischio legata ai fattori familiari in Di Blasio) poiché migliora le competenze di *parenting* e incrementa la capacità dei bambini di far fronte allo *stress*. (Procaccia, 2005:153-157)

In ultimo, nel modello di Hall vengono individuati i fattori precipitanti, variabili che possono intervenire durante il ciclo di vita della famiglia, interagendo

negativamente con la psicopatologia del genitore e aumentando il rischio per i bambini: tra questi troviamo difficoltà familiari temporanee come disoccupazione, conflitto coniugale, divorzio, frequenti cambi di *partner*, lutti e perdite, eventi presenti in modo superiore alla media nelle famiglie con genitori malati psichiatrici. L'incidenza del divorzio, delle separazioni e del conflitto coniugale costituisce fattore di rischio per i figli, poiché il conflitto familiare può evolvere in forme di maltrattamento, abuso, trascuratezza o favorire lo sviluppo di disturbi comportamentali e affettivi.

I figli di pazienti psichiatrici possono quindi, con maggiore frequenza, andare incontro a separazioni, perdite e lutti della figura di accudimento, sia sul piano concreto (ricoveri, suicidio, divorzio) sia sul piano emotivo – psicologico, sotto forma di senso di perdita e alienazione dovute all'assenza emotiva e affettiva del genitore (Nicholson et al. in Procaccia, 2005).

Tra i fattori precipitanti è possibile segnalare la perdita di custodia dei figli ed in generale si rileva che i pazienti psichiatrici - quando figli sono collocati in affido extrafamiliare o in comunità - incontrano maggiori difficoltà, se non adeguatamente supportati, nel mantenere i contatti perché ricordano con fatica gli appuntamenti, le ricorrenze, sono discontinui negli incontri che possono diventare fonte di stress sia per il genitore che per i figli, soprattutto se non ben pianificati e organizzati (Nicholson et al. in Procaccia, 2005:158-159).

3. I rischi per i figli di genitori affetti da patologia psichiatrica

Se in passato i figli di genitori affetti da patologia psichiatrica potevano dover affrontare la perdita del genitore che veniva ricoverato in Ospedale Psichiatrico oggi si trovano in una situazione di continuo cambiamento e d'instabilità.

Nelle fasi acute della malattia è possibile che gli adulti debbano allontanarsi da casa per ricoveri più o meno lunghi, mentre nelle fasi di remissione possono rientrare in famiglia: l'alternanza di periodi di discreto benessere ad altri di sofferenza per l'intero nucleo familiare possono creare situazioni nelle quali le esigenze di cura del *genitore-paziente* sono in conflitto con quelle dei figli (Caffo, 1988:114).

Secondo Caffo (1988) i figli di un genitore sintomatico per patologia psichiatrica sono ad alto rischio - dovendosi adattare quotidianamente a tipi di pensiero e a comportamenti bizzarri del genitore, senza modelli stabili nei quali identificarsi – e

vivono spesso in un ambiente turbato non solo sul piano affettivo ma anche su quello sociale.

Strettamente connesso ai comportamenti del genitore è presente per il minore un rischio *psicosociale* che *comprende quella gamma di fattori negativi che si associano con altissima frequenza ai disordini psichiatrici degli adulti, quali: l'isolamento sociale, il rifiuto della famiglia di chiedere aiuto, le basse condizioni socio-economiche, le condizioni di vita precarie, le liti continue fra i coniugi, le separazione dei genitori* (Caffo, 1988:114).

Nel rapporto tra genitori e figli - facendo riferimento alla teoria dell'attaccamento presentata nei capitoli precedenti - occorre prestare attenzione alle vulnerabilità di tutti i soggetti coinvolti con la consapevolezza che dalla malattia possono derivare difficoltà che emergono anche a distanza di molto tempo, magari nell'adolescenza e nell'età adulta (Anthony, cit. in Caffo, 1995:114).

Rispetto ai possibili rischi per i figli di pazienti psichiatrici alcuni esperti si preoccupano della possibilità che il bambino subisca abusi e maltrattamenti e ritengono che, nella maggior parte dei casi, sia opportuno l'allontanamento dei minori; altri sostengono che *l'allontanamento debba essere evitato ad ogni costo* e che i bambini *debbano essere lasciati con i loro genitori malati* (Reder, Lucey, 1997:197).

Le due posizioni, antitetiche, sono affrontate in letteratura da molti anni e sono molteplici le teorie sui rischi per i minori. Due sintesi interessanti, sebbene non recenti, sono quelle di Beardslee et al. (1983) e Rutter e Quinton (1984), rispetto alle quali, senza differenziare i rischi connessi alle diverse patologie dei genitori è possibile delineare quali sono comportamenti più diffusi e sulle conseguenze per il minore.

Non è infrequente che il genitore sintomatico per patologia psichiatrica possa presentare difficoltà sin dalla nascita del proprio figlio al quale è possibile che l'adulto attribuisca la responsabilità del malessere. Come scrivono Cummings e Davies (1994, in Reder, Lucey, 1997:199) in queste situazioni è possibile il verificarsi di *atteggiamenti di insensibilità e inaccessibilità, (...) di collera e angoscia* che influenzano e limitano lo sviluppo da parte del bambino della capacità di *modulare gli stati d'animo* e le richieste nei confronti degli adulti. La collera può indurre il genitore all'enfaticizzazione dei comportamenti negativi dei bambini che vengono sanzionati, anche violentemente, con un *comportamento più coercitivo, incoerente (...)* e *all'utilizzo di mezzi educativi che fanno leva sull'ansia e il senso di colpa dei figli*.

Puckering (1988, in Reder, Lucey, 1995:199) individua nella maggiore probabilità di *diventare autocritici, e ciò viene a costituire un ostacolo allo sviluppo dell'autostima* le conseguenze di un'educazione più coercitiva ed instabile e le critiche continue alle quali i bambini che vivono esperienze con genitori come quelli descritti da Cummings e Davies. Inoltre, come visto nell'ambito della teoria dell'attaccamento, la capacità di instaurare relazioni sicure e gestire i propri stati d'animo dipende dalle interazioni che il bambino sperimenta nei primi anni con le figure di riferimento.

Nuovamente in riferimento alla teoria dell'attaccamento possono essere letti i rischi di scarsa socievolezza e timore nei confronti degli adulti non conosciuti, ridotto *sviluppo socioemozionale e cognitivo* in situazioni nelle quali la madre è caratterizzata da basso coinvolgimento relazionale, scarsa comprensione dei bisogni e della sofferenza del figlio, a causa di una patologia depressiva o nella depressione *post partum* (Ammaniti et al., 2007:60).

In base all'età ad allo sviluppo del bambino, è inoltre possibile osservare problemi nella sfera emotiva, che si traducono in difficoltà affettive, e nella sfera cognitiva, nella quale si osservano bassi punteggi nel QI, disturbi nel sonno, deficit d'attenzione, sintomi psicosomatici, ansia da separazione, rivalità, impazienza, condotte devianti, ritiro (Ammaniti et al., 2007:61).

L'ansia dell'adulto affetto da disturbi dell'area psicotica può essere dannosa per i figli se limita la loro possibilità di sviluppare senso di identità, stringere relazioni con il mondo esterno, inoltre una vita non equilibrata, instabile, un'alimentazione caotica può portare nel bambino delle difficoltà anche nella crescita fisica. In queste situazioni psicopatologiche degli adulti ulteriori elementi di rischio per i bambini sono legati alla mancanza di comunicazione, all'isolamento, alla perdita di contatto con la realtà – manifestazioni caratteristiche come abbiamo visto di questo tipo di patologia, che possono causare incidenti e portare ad una generale trascuratezza. È possibile parlare di pericolosità del genitore quanto il bambino entra a far parte del contenuto dei deliri del genitore (Reder, Lucey, 1997:203-4).

Secondo Bortolotti et al. (1994:150-1) il figlio di genitore sintomatico per patologia psichiatrica, eredita una *condizione di vulnerabilità bio-psicologica* che può essere ridotta o amplificata dall'ambiente, in queste situazioni, frequentemente deteriorate sul piano sociale, fattori genetici e ambientali creano un rischio elevato che può manifestarsi nelle più differenti forme. I rischi non sono chiaramente identificabili soprattutto se il disturbo è mascherato da comportamenti socialmente accettabili e la famiglia ha un *equilibrio omeostatico* che ha delle difficoltà in occasione degli eventi critici connessi al ciclo vitale quando le richieste sociali poste al bambino entrano in collisione con la dinamica familiare. La non consapevolezza ed il non riconoscimento della malattia da parte degli adulti costituisce un fattore di rischio.

È utile ai fini del lavoro complessivo una differenziazione dei rischi in base all'età dei bambini.

La patologia psichiatrica materna può creare difficoltà nell'instaurarsi del legame con il bambino già nella fase prenatale: le difficoltà pre o perinatali sono infatti frequenti nei figli di genitori pazienti psichiatrici e appaiono correlate ad un'elevata incidenza di psicopatologia nei figli. Secondo Taylor (cit. in Procaccia, 2005), le donne affette da psicopatologia incontrano con maggiore frequenza difficoltà durante la gravidanza - assumendo comportamenti a rischio per il feto, non effettuando i controlli necessari, non seguendo diete alimentari corrette, assumendo alcool o droghe

aumentano i rischi perinatali - e nei primi mesi di vita dei loro bambini a causa di un maggiore rischio di sintomi depressivi *post-partum* che possono trasformarsi, con incidenza superiore alla popolazione, in psicosi *post-partum*.

Nel periodo post-natale i sintomi psichiatrici possono interagire negativamente con le capacità di *parenting*: le madri interagiscono meno con i propri neonati, ne stimolano poco la reciprocità, ricorrono con più frequenza ad espressioni di disappunto e rabbia davanti alle loro richieste, mostrano livelli più elevati di aggressività fisica e verbale con il rischio di indurre nel neonato un'inferiore reattività, difficoltà nel regolare i propri ritmi che possono tradursi nel tempo in difficoltà comportamentali, di regolazione delle emozioni, di basse capacità di far fronte allo stress (Campbel et al. in Procaccia, 2005).

Le madri sintomatiche per patologia psichiatrica, come abbiamo visto nel primo capitolo vi sono caratteristiche presenti in molti quadri diagnostici, possono caratterizzarsi per comportamenti contraddittori, non coerenti nei confronti delle richieste dei propri bambini, possono avere difficoltà nella regolazione della distanza fisica - prendere in braccio, cullare, carezzare - ed emotiva - scarso calore, invariabilità del tono vocale e nelle espressioni facciali, inadeguatezza del linguaggio. Possono inoltre avere difficoltà nell'esprimere le proprie emozioni, soprattutto se positive, ostacolando l'apprendimento del bambino della capacità di esprimere e regolare a sua volta le emozioni (Gopfert et al. in Procaccia, 2005).

Aspetto considerato rilevante nella possibilità di instaurazione di un legame tra madre e bambino è quello legato alla precocità della comparsa dei sintomi: alcuni autori segnalano che quanto più precocemente si manifestano i sintomi della malattia psichiatrica e quanto più si iscrivono in quadri complessi e multi sintomatici, tanto più aumenta il rischio relazionale riducendo la possibilità di sviluppo di un attaccamento sicuro da parte del bambino. Al contrario, l'insorgenza della patologia materna dopo il primo anno di vita del bambino costituisce un fattore protettivo (Field et al., 2003).

Ulteriore elemento di rischio nella prima infanzia è la cronicità dei sintomi depressivi materni: la ricerca sembra dimostrare che figli che hanno vissuto la depressione della madre esclusivamente nei primi sei mesi di vita sviluppano meno disturbi dei bambini di madri depresse croniche.

Cassell e Coleman (1997) evidenziano come manifestazioni di critica e ostilità, instabilità delle risposte, appiattimento affettivo, alti livelli di *stress* presentati dalle madri affette da disturbi psichici possono generare condotte trascuranti e/o maltrattanti nei confronti dei bambini. Pur in presenza di patologia, la qualità ed il tipo di supporto che le madri ricevono può però supportarle nello sviluppo della relazione: se da un lato l'incidenza di disturbi emotivi e comportamentali è superiore nei figli di genitori affetti da patologia, dall'altra la variabile predittiva principale è la qualità del supporto sociale e delle relazioni e non tanto la diagnosi dei genitori di per sé (Fitzpatrick in Reder, Lucey, 1997:132-133).

Nella fase della seconda infanzia gli effetti delle difficoltà genitoriali legati alla patologia psichiatrica sono connessi al perdurare delle condotte aggressive e imprevedibili ed alla rigidità nel tempo dei *patterns* di risposta disfunzionale: stili genitoriali caratterizzati da indifferenza, non coinvolgimento e trascuratezza sono associati all'incremento nei bambini di aggressività, di bassa autostima, di scarso controllo degli impulsi e di difficoltà nella relazione genitore-figlio (Fitzpatrick, Reder, Lucey, 1997:72-90). Lo stile parentale, in grado di favorire come abbiamo visto nei capitoli precedenti l'attaccamento e lo sviluppo dei bambini, risulta predittivo di difficoltà emotive e relazionali: figli di madri con stili permissivi presentano sintomi depressivi, ansia e bassa autostima, con incidenza superiore rispetto ai figli di madri che, a parità di patologia, hanno uno stile di *parenting* più strutturato, maggiormente direttivo.

Gli effetti dello stile genitoriale sono mediati dalla durata delle interazioni, dalla loro coerenza nel tempo e dalla presenza di un genitore con uno stile positivo, che faccia sperimentare al bambino una relazione differente: la capacità di gestire il conflitto, la presenza di calore affettivo, vicinanza, flessibilità e organizzazione, costituiscono elementi in grado di contrastare l'impatto della patologia del genitore sul funzionamento familiare e quindi, indirettamente, sullo sviluppo del bambino (Smith in Reder, Lucey, 1997:107-124).

Come abbiamo visto lo sviluppo dei figli di genitori con psicopatologia si caratterizza per un'incidenza superiore ai coetanei di eventi di vita negativi, separazioni precoci genitore-figlio, disoccupazione, conflitti coniugali, divorzio, frequenti cambi di partner, lutti e perdite: non devono essere sottovalutati quindi, oltre all'impatto negativo dei sintomi diretti della patologia, anche le difficoltà di pianificazione, l'instabilità ed il deterioramento complessivo dello stile di vita.

Riprendendo Anna Freud si evidenzia, in ultimo, come *non sussista una relazione biunivoca fra le cure genitoriali sfavorevoli e le distorsioni che ne potrebbero derivare sul piano dello sviluppo del bambino. (...) Il risultato evolutivo non è determinato tanto dall'interferenza ambientale di per sé, quanto piuttosto dalla sua interazione con le risorse innate e acquisite del bambino* (1976, cit in Reder e Lucey, 1997:79).

Come abbiamo visto, i fattori di protezione possono deviare traiettorie rischiose: tra i fattori che favoriscono la resilienza dei bambini, cioè la capacità di adattarsi e riprendersi dopo un trauma, assumono una grande rilevanza i supporti alle competenze genitoriali e gli interventi di aiuto diretto ai bambini che possono essere offerti dal sistema dei servizi e dalle reti sociali del bambino e della famiglia.

Sebbene siano presenti numerosi rischi, in generale, i bambini che hanno un genitore affetto da disturbi psichiatrici possono vivere con lui o con lei senza risentirne in misura significativa ma occorre un'attenta valutazione di fattori specifici relativi al genitore che incrementano i rischi per lo sviluppo dei figli. Comportamenti ostili o

aggressivi, particolarmente nel caso in cui vi sia un'anamnesi positiva di atti violenti, atti autolesionisti ripetuti, deliri e allucinazioni possono costituire una minaccia. Condizioni mentali rapidamente mutevoli, il coinvolgimento dei figli nei sintomi del genitore, specialmente nel caso di idee deliranti, presenza di sintomi (come, per esempio, l'irritabilità e il ritiro sociale) o partecipazione a una terapia possono interferire con i compiti genitoriali riducendo o annullando la capacità garantire la sicurezza dei figli o di provvedere ai loro bisogni fondamentali: questi fattori dovrebbero essere valutati dallo psichiatra che si occupa del genitore che dovrebbe fornire agli specialisti che devono formulare progetti per i figli e la famiglia le informazioni necessarie per la progettazione ed attuazione di interventi in grado di sostenere e tutelare il nucleo nel suo complesso.

Gli esperti della valutazione e della progettazione di interventi di sostegno alle competenze genitoriali dovrebbero essere in grado di comprendere il rischio presente in situazioni nelle quali il bambino si fa carico del genitore oppure evidenzia problemi significativi sul piano dell'attaccamento, della differenziazione psicologica, della formazione dell'identità, della competenza relazionale con i pari, dell'autostima, dell'abilità di gestione dei conflitti (Cassel, Coleman, 1998).

4. Il sostegno al genitore affetto da patologia psichiatrica

A fronte dei rischi evidenziati dalla letteratura esaminata, appare evidente che se il minore ha diritto di crescere ed essere educato nella propria famiglia è però necessario definire prospettive politiche e progettuali capaci di promuovere forme di cura e supporto tanto dei minori quanto delle loro famiglie per poter sostenere questo diritto.

In questa prospettiva, per sostenere la genitorialità, occorre accogliere le fragilità e promuovere le risorse delle famiglie ed attivare tutti gli interventi necessari per permettere, laddove possibile, che costituiscano una risorsa per i figli. Parlare di protezione del minore quando la malattia mentale del genitore colpisce e altera l'esercizio della funzione parentale significa individuare ed intervenire quando i bisogni affettivi e di sicurezza fondamentali per lo sviluppo della personalità del bambino non vengono soddisfatti dagli adulti di riferimento: una adeguata protezione deve essere inserita in sistemi di cure in cui sono compresi gli adulti ed i bambini e nei quali l'obiettivo deve essere indirizzato al supporto negli atti della vita quotidiana, nella sfera dell'affettività attraverso aiuti concreti e psicologici per elaborare traumi, ferite, lutti, conflitti.

Proteggere e curare famiglie nelle quali convivono minori e adulti affetti da patologia psichiatrica significa tutelare nuclei fragili nei quali hanno rilevanza le esigenze di protezione del minore e di tutela dei diritti affettivi del genitore.

La tutela degli adulti affetti da patologia psichiatrica - oggi non più “incapaci”, ma deboli, vulnerabili, bisognosi d’aiuto - non attiene unicamente agli aspetti clinici ed alla vita economica e patrimoniale, ma anche – nel rispetto della globalità e dell’integrità dell’essere umano – alla possibilità stessa di realizzare pienamente la propria persona nelle varie dimensioni emozionali, affettive, sessuali, familiari e genitoriali (Bandini, Rocca, 2010).

Il diritto alla conservazione dei legami parentali del paziente psichiatrico è stato oggetto d’importanti riflessioni anche da parte del Comitato Nazionale di Bioetica (2000) che ha sottolineato il dovere di difendere la genitorialità del paziente sofferente psichico.

Il diritto alla genitorialità del paziente psichiatrico è una questione complessa e dibattuta caratterizzata da differenti posizioni che possono essere sintetizzate in due polarizzazioni. Da un lato troviamo la posizione degli operatori dei Centri di Salute Mentale che sottolineano la necessità di mantenere il contatto tra il genitore affetto da malattia psichiatrica e il figlio allo scopo di proteggere e conservare le risorse affettive e relazionali del paziente stesso, dall’altro l’approccio dei servizi sociali maggiormente orientato alla difesa del minore dall’esposizione al disturbo mentale del genitore ed ai rischi che da questo derivano (Massara, Aroud, Bracco, 2000, Battista, 2007).

Le opposte posizioni dei tecnici dei diversi servizi rischiano di acuire le difficoltà tra genitore e figlio interferendo sulla recuperabilità della relazione parentale (Cirillo et al., 2002).

A partire dal progressivo superamento dei pregiudizi che per secoli hanno condizionato la visione della follia, il diritto alla genitorialità anche per i pazienti psichiatrici è stato argomento dibattuto in giurisprudenza dagli anni ’70 in coincidenza con l’emergere di concezioni non stigmatizzanti e segregative dell’intervento sulla patologia mentale rese possibili anche grazie al progresso delle terapie psicofarmacologiche e psicoterapiche.

La Corte di Cassazione⁴³, ha affermato che insufficienze mentali anche permanenti dell’adulto non corrispondono in modo automatico ad una inadeguatezza del ruolo genitoriale.

La valutazione della personalità, delle caratteristiche personali e delle abilità genitoriali deve quindi essere fatta escludendo aprioristiche e automatiche correlazioni tra psicopatologia e impossibilità di una sufficiente capacità genitoriale.

E’ ormai consolidata l’idea che non esiste un *gold standard* (Hynan, 2003, cit. in Alfano et al., 2012) per la valutazione della capacità genitoriale e Woodcock (2003) ricorda come ogni famiglia possieda una propria definizione interna di funzione genitoriale.

⁴³ Cfr. sentenza 9 gennaio 1998 n.120

In questa prospettiva occorre associare il dato puramente diagnostico alla conoscenza delle caratteristiche della persona, dell'intensità, rilevanza e gravità delle manifestazioni psicopatologiche. Il processo di analisi delle competenze genitoriali dovrebbe tenere in considerazione anche la possibilità di recuperabilità in correlazione con l'andamento del disturbo mentale, con la sua specifica incidenza sul compito parentale, con i tempi di sviluppo e di resilienza del minore, con le effettive risorse degli operatori coinvolti.

Si evidenzia come la precocità dell'intervento a sostegno della relazione genitore-figlio e il sostegno dei familiari nell'intervento da parte di specialisti possano compensare in parte le limitazioni, promuovendo abilità parentali.

Il sostegno costante di un adulto esente da patologie psichiche che sia in grado di fornire opportunità di apprendimento, consigli pratici, assistenza nei compiti quotidiani attraverso strategie d'insegnamento appropriate alle potenzialità mentali del genitore e che sia disponibile in alcuni momenti a intervenire facendosi carico direttamente di alcuni compiti, può compensare, integrare e sostenere in modo positivo la relazione del genitore affetto da malattia mentale con il figlio minore (Greco, Maniglio, 2010).

In questa prospettiva gli interventi di tutela del minore finalizzati alla recuperabilità della relazione possono prevedere interventi differenti quali la presenza di un educatore a domicilio, la collocazione in comunità madre-bambino, la collocazione etero familiare o in struttura residenziale del minore.

Gli studi empirici presenti in letteratura (Hogan et.al. 2002:381-340) segnalano che proprio i nuclei familiari più vulnerabili non riescono a usufruire di supporto sociale oppure ricevono un supporto che si rivela inefficace o addirittura controproducente. In presenza di una o più condizioni problematiche all'interno del nucleo familiare i genitori tendono ad essere privi di abilità sociali in grado di permettere loro di stabilire relazioni informali d'aiuto, di chiedere supporto quando ne hanno bisogno o di percepire il supporto esistente come concretamente disponibile ed efficace a risolvere i loro problemi. Possono inoltre godere di opportunità sociali limitate, a causa dello svantaggio socioeconomico o perché portatori di disabilità fisiche o psichiche o possono aver perso la fonte principale o unica di supporto, per esempio il *partner* o i genitori.

Per quanto riguarda i genitori affetti da patologie psichiatriche frequentemente percepiscono la fonte di aiuto come minacciosa o persecutoria, tendendo in tal modo a fare un uso limitato dei servizi o a utilizzarli con estrema diffidenza, nascondendo le proprie difficoltà nella cura dei figli, o esternandole con notevole esitazione, poiché temono di essere giudicati come genitori inadeguati e che siano loro sottratti i figli.

A fronte di tale situazione la relazione di aiuto dovrebbe essere caratterizzata da un approccio poco invasivo e non stigmatizzante, sensibile, indirizzato ad instaurare un rapporto diretto, semplice e durevole con i beneficiari, in grado di riconoscere il loro punto di vista.

La presenza di una o più condizioni sfavorevoli all'interno di un nucleo familiare rende l'approccio con i servizi caotico e disorganizzato. In particolare per le

persone affette da disturbi psichici entrare in contatto con molti professionisti è complesso e può generare confusione.

La qualità del sostegno ricevuto incide maggiormente sulla quantità di interventi ed operatori: si possono considerare efficaci i programmi di supporto, mirati a migliorare la salute mentale e fisica, la qualità della vita e le attitudini e abilità correlate alla genitorialità (Jenner, Gent, 1995; Canali, Vecchiato, Whittaker, 2008; Maluccio, Canali, Vecchiato, Lightburn, Algate, Wendy, 2011; Fava Viziello 2011).

Gli interventi di supporto alla genitorialità devono avere una strutturazione sul lungo periodo soprattutto se le condizioni sfavorevoli presenti nel nucleo familiare sono croniche: particolarmente utili sono interventi, spesso domiciliari, a lungo termine, finalizzati a fornire un sostegno emotivo, soprattutto in periodi di ricovero dei genitori, e un supporto pratico per i compiti parentali e le attività domestiche, per evitare che i figli assumano stabilmente il ruolo di *caregiver*.

I programmi che si focalizzano su famiglie multiproblematiche sono in grado di migliorare la salute dei bambini, il funzionamento familiare, la sicurezza domestica attraverso il rafforzamento dei legami familiari e la promozione di abilità (Canali, Vecchiato, Whittaker, 2008).

Gli interventi di supporto ai nuclei familiari multiproblematici hanno un'efficacia maggiore nell'implementare le abilità parentali e il benessere familiare se vengono effettuati a domicilio: visite frequenti, sia strutturate sia informali, nelle abitazioni delle famiglie più a rischio da parte di operatori capaci di supportare materialmente ed emotivamente tutti i membri della famiglia sono in grado di promuovere la salute, le abilità parentali e la sicurezza ambientale e monitorare le condizioni problematiche presenti.

Con un'ottica preventiva, tesa a prevenire i momenti di crisi, si avrebbe una riduzione dei costi - economici ed umani - necessari per affrontare le crisi (cure farmacologiche, visite ambulatoriali, ricoveri ospedalieri). Un approccio preventivo dovrebbe inoltre tenere in considerazione il supporto naturale, più economico e più durevole di quello formale. In tale prospettiva occorre su un piano individuale incrementare negli utenti la capacità di percepire le relazioni già esistenti e incentivare le abilità di stabilire nuove relazioni e su un piano collettivo coinvolgere parenti, amici, vicini di casa, altri genitori per rendere le reti naturali maggiormente competenti nel supporto (Fava Viziello, 2011).

5. Sistema servizi tutela minori pubblici e privati e sistema servizi specialistici pubblici per la salute mentale: collaborazione inter-istituzionale in presenza di genitori con patologia psichiatrica.

In quest'ultimo paragrafo si evidenziano riferimenti sostanziali sul tema della collaborazione interprofessionale che, insieme agli interventi di cui si è parlato in precedenza, è uno dei fuochi conoscitivi di questo lavoro di tesi. Le politiche per la famiglia e l'attenzione al sostegno delle competenze genitoriali rientrano da molti anni tra le priorità normative a livello Nazionale, con l'obiettivo di sensibilizzare le istituzioni e i loro operatori riguardo l'esigenza di sostenere i genitori nel compito di educare i figli⁴⁴.

La tutela dell'infanzia presuppone un continuo confronto tra temi fondamentali della vita sociale: la protezione dei bambini, il ruolo della famiglia, il ruolo dell'autorità giudiziaria nella difesa dei diritti dei soggetti deboli, la funzione del sistema dei servizi. Si tratta di sistemi interdipendenti e i mutamenti in ognuna delle diverse aree hanno influenze sulle altre (Bertotti, 2010).

Rispetto al tema specifico della tutela del minore figlio di genitori psichiatrici la presa in carico è effettuata sia da operatori sociali (assistente sociale ed educatore professionale) dipendenti dell'ente gestore delle funzioni socio-assistenziali⁴⁵ del territorio in cui il minore risiede, della comunità di accoglienza che eventualmente lo ospita o del servizio specialistico che ha in cura il genitore, sia da operatori sanitari (psicologi dell'età evolutiva, psichiatri, infermieri) soggetti che hanno profili professionali e riferimenti concettuali diversi e differenti mandati istituzionali.

In situazioni nelle quali uno o entrambi i genitori hanno una diagnosi di malattia mentale, l'intervento pone delle sfide particolari, ma in ogni caso stabilire una relazione collaborativa e di supporto con le famiglie, e nello stesso tempo proteggere i bambini da possibili danni, rappresenta una questione fondamentale nella quale il rischio più consistente è che la relazione tra genitori ed operatori dei servizi di tutela dei minori si strutturi in termini di una contrapposizione nella quale l'altro è percepito come avversario. Tale antagonismo sembra riproporsi anche nella relazione tra operatori deputati alla protezione dei bambini ed operatori della psichiatria, che intervengono con il o i genitori sofferenti (Hall et al, 2006).

L'accento metodologico che esalta l'approccio complesso centrato sulla rete dei servizi, piuttosto che sugli apporti specifici dei singoli operatori assume che nessun operatore e nessun servizio territoriale o specialistico abbia tutte le competenze per agire da solo in una situazione complessa.

⁴⁴ Cfr Legge 28 agosto 1997, n. 285, *Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*, la quale ha permesso il finanziamento di progetti destinati al sostegno delle responsabilità genitoriali, in particolare mediante (art. 4) l'erogazione di un ambiente familiare e assistenza alternativa minimo vitale a favore di minori in stato di bisogno inseriti in famiglie o affidati a uno solo dei genitori; attività di informazione e di sostegno alle scelte di maternità e paternità, facilitando l'accesso ai servizi di assistenza alla famiglia e alla maternità; azioni di sostegno al minore e ai componenti della famiglia al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione delle situazioni di crisi e di rischio psicosociale; servizi di mediazione familiare e di consulenza per famiglie e minori al fine del superamento delle difficoltà relazionali.

⁴⁵ L. 8 giugno 1990, n. 142 Ordinamento delle autonomie locali.

Numerosi autori concordano sul fatto che la scelta teoricamente e metodologicamente indicata è quella di far concorrere più competenze e più punti di vista per elaborare e gestire un progetto (Campanini e Riva, 2010; Campanini, Luppi 1988; Folgheraiter 1990; Ferrario 1992; Ghezzi 1996; Cellentani 1998).

La collaborazione tra figure professionali che hanno funzioni e ruoli differenti e differenti competenze e percorsi formativi, rischia di essere caratterizzata da linguaggi, categorie concettuali e strategie di intervento difformi.

Il rischio di non riuscire a lavorare insieme è sempre presente ma è più elevato quando i diversi operatori appartengono a enti o organizzazioni diverse e devono negoziare non solo il significato delle specifiche competenze professionali, ma anche quello dei rispettivi enti di appartenenza, le cui logiche di intervento non necessariamente coincidono (Campanini, Riva, 2010, Facchini, 2012). Non bisogna inoltre sottovalutare il fatto che la richiesta di collaborazione allo psichiatra di un adulto e la richiesta di esprimere una valutazione sull'opportunità di allontanare i figli può creare numerosi problemi nell'ambito della relazione terapeutica con il genitore malato. Il conflitto di interessi che può venire a crearsi non solo può mettere in difficoltà lo specialista interessato ma può anche generare nell'adulto sentimenti di sfiducia anche nei confronti del proprio medico (Reder, Lucey, 1997).

È fondamentale chiarire quali specialisti hanno la responsabilità dei figli e chi si prende carico dei bisogni del genitore malato ma lo psichiatra dell'adulto deve anche riuscire a trovare delle strategie che gli consentano di conciliare la terapia del genitore e la difesa dei suoi diritti con il riconoscimento del problema del benessere dei figli.

Cassel e Coleman (1995:211 in Reder e Lucey) evidenziano come *una distinzione netta dei ruoli sia non solo possibile, ma anche necessaria, e che questa, se è coniugata con la comprensione dei rispettivi bisogni del genitore e del figlio, permette di compiere valutazioni complementari nell'interesse di entrambi.*

Gli incontri di rete possono permettere di individuare modalità di lavoro condivise e possono costituire momenti di verifica del lavoro in parallelo degli esperti: secondo il modello proposto da Reder e Lucey (1997:210-11) *lo psichiatra che si occupa del genitore dovrebbe contribuire mettendo a disposizione le informazioni raccolte attraverso la valutazione del paziente, con un'attenzione particolare alla diagnosi e alla prognosi. Allo scopo di aiutare gli altri specialisti a formulare un progetto per i figli del paziente, li informerà sulla terminologia, sui progetti terapeutici e sui tempi previsti per la riabilitazione, e darà alcune indicazioni sulle conseguenze che la malattia e i farmaci potrebbero avere sul funzionamento generale del genitore. Lo psichiatra infantile valuterà i bisogni dei figli, l'impatto che il disturbo del genitore ha su di loro, la relazione genitore figlio, le abilità e la competenza genitoriale, il funzionamento familiare, la presenza di rischi per i figli e le potenzialità di cambiamento sul piano delle relazioni familiari. Lo psichiatra infantile può contribuire a interpretare i problemi psicopatologici e a spiegare le loro implicazioni per i figli. Per*

poter dare al tribunale delle raccomandazioni valide in merito al futuro dei figli, lo psichiatra infantile deve conoscere l'esito della valutazione psichiatrica del genitore con riguardo alla diagnosi e alla prognosi.

Questa lunga citazione risulta particolarmente interessante anche perché costituisce il *leit motiv* delle rappresentazioni degli operatori intervistati nell'ambito della ricerca che viene presentata nella seconda parte: il percorso sembra essere però spesso ostacolato dalla percezione della difficoltà di integrazione tra diversi operatori e servizi.

Al proposito è importante sottolineare che l'integrazione può verificarsi a differenti livelli: tra operatore ed utente, tra operatori nei gruppi professionali sia all'interno dello stesso ente che tra enti diversi, tra responsabili e operatori di servizi pubblici e privati, tra strutture decisionali politiche diverse (Dal Pra Ponticelli, 2002).

Per affrontare globalmente il tema del supporto alle competenze genitoriali occorrerebbe conoscere e valutare tutti i diversi livelli ma, lavorando a questa ricerca, è stato necessario fare delle scelte che non hanno permesso di indagare e meglio comprendere gli aspetti specifici e le influenze reciproche che li caratterizzano.

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Sommario

Quarto Capitolo

La ricerca. Note metodologiche.

Quinto Capitolo

Interventi e strumenti professionali a sostegno di genitori pazienti psichiatrici.

Sesto capitolo

Su un'unica scrivania.
La collaborazione e le équipes integrate.

PARTE SECONDA

La ricerca

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Quarto Capitolo

La ricerca. Note metodologiche

1. Gli obiettivi della ricerca

La ricerca riguarda i temi del sostegno delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica con figli minori di età e della collaborazione interprofessionale tra assistenti sociali e psichiatri nell'ambito di progetti di sostegno e tutela di questi adulti e dei loro figli in un'ottica di benessere familiare così come definito dalla Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (ratificata nel 2009 dal trattato di Lisbona).

Nello specifico, l'interrogativo generale della ricerca è di tipo esplorativo e mira a produrre una descrizione delle rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri rispetto agli interventi ed agli strumenti professionali attivabili e rispetto alla collaborazione ed integrazione in situazioni nelle quali l'adulto genitore di figli minori è affetto da una patologia psichiatrica ed è seguito da entrambe le figure professionali.

Le specifiche domande conoscitive che hanno orientato il mio lavoro

Q1. Nell'ambito di situazioni di minori figli di genitori con patologia psichiatrica certificata con progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali da parte dei

servizi sociali territoriali e dei centri di salute mentale quali interventi e quali strumenti possono essere attivati da assistenti sociali e psichiatri?

Q2. Gli interventi attivati si differenziano in queste situazioni da quelli utilizzati in situazioni di difficoltà nelle competenze genitoriali o possono essere implementati a fronte delle difficoltà specifiche? I diversi interventi e strumenti hanno una maggiore/minore valenza di controllo o supporto per i due professionisti?

Q3. Cosa pensano assistenti sociali e psichiatri di questi interventi e strumenti professionali?

Q4. Esiste collaborazione tra assistenti sociali e psichiatri? Che significato vi attribuiscono e quali difficoltà emergono?

Le ipotesi di fondo sono legate all'idea che nel campo della tutela minori e delle loro famiglie gli orientamenti normativi, teorici e metodologici propendono per una tendenza all'equilibrio tra i bisogni e la tutela/protezione dei bambini ed il benessere della famiglia nel suo complesso. Nell'ambito dei progetti rivolti a genitori con patologia psichiatrica ipotizzo che la complessità connessa alla malattia, ai rischi di cronicizzazione degli interventi, alle difficoltà di valutazione dei rischi per i bambini, alla mancanza di competenze specifiche sulla malattia mentale possa portare al prevalere di una posizione nella quale si sottolineano le carenze dei comportamenti dei genitori. Rispetto ai rapporti tra assistenti sociali e psichiatri l'ipotesi di fondo è che la collaborazione sia complessa, caratterizzata da letture differenti legate alle culture professionali, alle *mission* istituzionali. In questo quadro mi interessa capire cosa gli interessati pensano del loro lavoro, degli interventi che possono attivare, della collaborazione con altre figure professionali, quali elementi e rappresentazioni possono influenzare i processi decisionali (Dal Pra Ponticelli, 2002, Fiorentino Buselli, 2002).

L'interesse per lo studio delle rappresentazioni trova fondamento nella tesi, condivisa all'interno della comunità dei sociologi, che la realtà sia una costruzione sociale (Berger, Luckmann, 1969) che si attua attraverso un processo dialettico tra l'individuo e la società. In quest'accezione l'individuo viene considerato pro-attivo nella costruzione della realtà e le rappresentazioni non sono un filtro ma la realtà stessa (Amerio, 1990), sono tutto ciò di cui disponiamo (Moscovici, 1989:25). Possiamo definire le rappresentazioni sociali come un punto cardine dell'attività cognitiva degli individui poiché permettono di orientarsi nel mondo circostante.

E' importante sottolineare che la rappresentazione sociale interviene in vari processi: la diffusione e l'assimilazione delle conoscenze, lo sviluppo individuale e collettivo, la definizione delle identità personali e di gruppo, l'espressione dei gruppi e le trasformazioni sociali. Le rappresentazioni sociali, costituendo una realtà per l'individuo, ne influenzano le azioni e le interazioni e sono dunque rilevanti per comprendere e spiegare l'azione sociale (Cardano, 2005).

2. Riepilogo delle attività svolte

In considerazione delle osservazioni e dei contenuti emersi in occasione della discussione di avanzamento del gennaio 2012, una parte sostanziale del tempo lavoro è stata dedicata alla completa ridefinizione del progetto tanto sul piano teorico quanto sul quello metodologico.

Ci si è inoltre concentrati all'approfondimento della ricerca di sfondo sui temi della tutela dell'infanzia e del supporto alla genitorialità.

La ricerca sul campo, svolta nella regione Piemonte, ha avuto inizio nel mese di ottobre 2012 e si è conclusa nella prima settimana del mese di maggio 2013. Essa si è servita di metodi qualitativi: sono state realizzate 37 interviste semi-strutturate, somministrate ad assistenti sociali e psichiatri che operano nei servizi pubblici socio assistenziali e sanitari.

Contestualmente alle interviste ci si è dedicati all'approfondimento teorico, all'ascolto, riascolto e sbobinatura, con trascrizione su file di scrittura, delle interviste effettuate. Lo stile ed i segni convenzionali di trascrizione sono quelli proposti da Bichi (2002) e mirano ad essere quanto più fedeli ai contenuti delle registrazioni.

Il lavoro di scrittura della tesi di dottorato è iniziato nel mese di giugno 2013 parallelamente al lavoro di analisi delle interviste per il quale ci si è avvalsi anche del software Atlas-ti. La prima operazione svolta al fine di procedere all'analisi del materiale è stata la trascrizione delle interviste. L'ascolto, il riascolto e la sbobinatura, con trascrizione su file di scrittura, si sono rivelate operazioni complesse e hanno richiesto un rilevante numero di ore di lavoro. Il lavoro di trascrizione è stato portato a termine in un arco temporale lungo, di alcuni mesi, al termine del quale è stata ottenuta una grande quantità di dati.

L'analisi dei risultati della ricerca si è conclusa nel settembre 2013.

L'andamento della ricerca - soprattutto nella fase iniziale - ha incontrato alcuni ostacoli nell'individuazione delle disponibilità per le interviste che sono state superate attraverso:

1. pubblicazione sul sito dell'Ordine Assistenti Sociali Piemonte di richiesta di collaborazione alla ricerca (pubblicata il 7 ottobre 2012). <http://www.oaspiemonte.org/promuovere-il-benessere-dei-bambini>;
2. inserimento della richiesta di collaborazione nella newsletter ottobre/2012, novembre/2012 e dicembre/2012 inviata dall'Ordine AS ai 740 iscritti interessati alla ricezione della NL;
3. presentazione della ricerca alla Direzione Regionale Politiche Sociali della regione Piemonte che in data 8 novembre 2012 – in considerazione dell'interesse agli obiettivi conoscitivi della ricerca - ha inviato e-mail a tutti i Responsabili

degli Enti Gestori del Piemonte con richiesta di collaborazione alla ricerca (allegato1);

4. invio progetto e richiesta collaborazione AI Direttori di Dipartimento Salute Mentale e Responsabili Centri di Salute Mentale Asl TO3, Asl TO1, ASL AL, Asl AT, Asl CN1, Asl CN2.

3. La ricerca sul campo

In premessa occorre dire che una parte rilevante del lavoro è stata dedicata all'ulteriore approfondimento della ricerca di sfondo sui temi del supporto alla genitorialità, degli interventi dei servizi sociali e sanitari, della collaborazione interprofessionale, dell'assetto organizzativo dei servizi della regione Piemonte.

Per questo approfondimento, oltre alle biblioteche ed alle risorse telematiche è stato utile accedere, grazie alla disponibilità dell'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Piemonte, alle banche dati relative ad uno degli interventi di supporto alle competenze genitoriali possibili: l'inserimento dei minori in strutture residenziali.

Su un piano teorico e legislativo in generale sono numerose, seppur non esplicitamente riferite al campo in esame, le indicazioni finalizzate a facilitare o prescrivere l'integrazione attraverso *équipe* multidisciplinari. Tali indicazioni non bastano però a descrivere e definire i rapporti tra diverse istituzioni ed operatori poiché l'integrazione professionale si realizza solo attraverso una precisa ed orientata progettualità condivisa (Campanini, 2010:196).

Il lavoro di ricerca sulle rappresentazioni degli psichiatri e degli assistenti sociali può essere inserito nella cosiddetta *practice research*, studio delle pratiche, che si colloca in un filone di ricerca che si va sviluppando in questi ultimi anni nel servizio sociale e rappresenta una delle linee di studio più innovative in quest'area (Lorenz, 2004; Allen-Meares et al. 2005; Carter, et al. 2007; Osmond e O'Connor, 2004; Riemann, 2005, Shaw et al, 2010; Mitchell et al., 2010, Fargion, 2009, Allegri, 2013).

A fronte della mancanza di teorie o ipotesi specifiche da controllare, la ricerca empirica è di tipo esplorativo: non nasce a e non si sviluppa a partire da problemi ma da domande, ossia bisogni di conoscenza. Gli interrogativi sono di natura essenzialmente descrittiva, e non ambiscono a produrre spiegazioni ed interpretazioni di portata generale (Ricolfi, 1997: 20-1).

La formulazione di una domanda e non di un'ipotesi conferma la finalità più di tipo conoscitivo che esplicativo dell'indagine; l'approccio scelto è di tipo qualitativo ritenuto più adatto per esplorare quanto avviene nelle pratiche.

Essendo una materia non molto esplorata sia in termini teorici che di ricerche sul campo, a fronte di alcuni punti di riferimento concettuali, sulle tracce della *Grounded Theory* di Glaser e Strauss (1967), viene utilizzato un metodo induttivo, facendo emergere la teoria dall'analisi sul campo.

Insieme ai metodi etnografici, questo metodo è considerato opportuno anche dagli studiosi di servizio sociale (Fargion, 2009).

4. La selezione degli intervistati

Nella scelta del campione si è deciso di individuare due figure professionali: quella dell'assistente sociale e quella dello psichiatra assumendo che siano le figure più rilevanti nei processi decisionali in progetti di tutela e supporto dei minori e delle loro famiglie. A fronte di mandati sociali, istituzionali, professionali diversi, questa scelta permette di concentrarsi su due figure professionali differenti per competenze, studi e sguardi professionali, tagli operativi, con l'obiettivo di focalizzare le rappresentazioni su specificità e problematiche della collaborazione, caratteristiche e modalità del processo decisionale, modalità di lavoro con le famiglie.

La ricerca empirica è stata effettuata nella regione Piemonte.

La motivazione di tale scelta si fonda tanto sulla necessità di riduzione della complessità che avrebbe comportato il confronto tra regioni con differenti assetti organizzativi dei servizi (non solo dei servizi sociali) dai quali dipendono attività, ruoli, mansioni di coloro che vi sono occupati (Trivellato, Lorenz, 2010) quanto, sul piano pratico, sulla maggiore facilità di accesso al campo.

In riferimento al campione ipotizzato in fase iniziale:

1. assistenti sociali e psichiatri che abbiano collaborato in un progetto di supporto e cura di nucleo familiare con adulto affetto da patologia psichiatrica (madri con disturbo psichiatrico lieve o con disturbo grave, padri con disturbo psichiatrico lieve o con disturbo grave) e figli minori per i quali **NON si è reso necessario l'allontanamento** dalla famiglia;
2. assistenti sociali e psichiatri che abbiano collaborato in un progetto di supporto e cura di nucleo familiare con adulto affetto da patologia psichiatrica (madri con disturbo psichiatrico lieve o con disturbo grave, padri con disturbo psichiatrico lieve o con disturbo grave) e figli minori per i quali **si è reso necessario l'allontanamento** dalla famiglia;

la fase esplorativa della ricerca ha suggerito di apportare alcune modifiche alla scelta dei partecipanti all'indagine in ordine a due questioni.

I contatti intercorsi con i vari professionisti hanno evidenziato una netta prevalenza di situazioni nelle quali è la madre il genitore affetto da patologia psichiatrica seguito dal servizio. Il *trand* iniziale si è mantenuto costante ed in assenza di segnalazione/manifestazioni di disponibilità da parte di assistenti sociali o psichiatri che hanno seguito padri è stato necessario modificare il campione escludendo le situazioni di padri con patologia psichiatrica.

Alla luce della letteratura psicologica sul tema della funzione e dell'importanza della figura paterna nello sviluppo dei bambini⁴⁶ si è ritenuto comunque importante affrontare il tema in sede di intervista. È stata introdotta nella traccia dell'intervista semistrutturata una domanda che indaga le ipotesi degli operatori in riferimento a tale dato (Cosa pensano del fatto che i papà non ci sono? Cosa pensano rispetto alla loro presenza all'interno dei nuclei e come la rappresentano? Come è possibile sostenere una relazione, magari a distanza, tra padri e figli?). Scarso è in letteratura il materiale esistente sulla relazione fra la psicopatologia del padre e le cure genitoriali (Pagotto, 2008) le interviste possono fornire alcune riflessioni in tal senso.

La seconda variazione del campione teorico iniziale riguarda la selezione di coppie di operatori (assistenti sociali e psichiatri) che avessero lavorato insieme nell'ambito di una stessa situazione familiare. Dopo le prime interviste (effettuate ad operatori che avevano lavorato insieme e ad altri che non rientravano in questa tipologia) tale scelta è risultata non necessaria. A fronte dell'obiettivo di comprendere come viene costruito, inteso, interpretato il proprio ruolo professionale, come si crea o non si crea pensiero comune tra assistenti sociali e psichiatri, quale senso viene dato al proprio intervento, a quello dell'altro operatore, alla collaborazione è risultata sufficiente la strategia di individuare una situazione specifica seguita sulla quale riflettere nel corso dell'intervista. Tale strategia ha permesso di limitare la componente proiettiva e la possibilità di generalizzazioni che passa in secondo piano a favore dell'esperienza in situazioni reali, con utenti reali e nell'interazione con operatori altrettanto reali (Trivellato, Lorenz, 2010:265).

Collocando la ricerca nell'ambito della *Grounded Theory* tali scelte appaiono giustificabili sul piano metodologico: emerse problematiche, criticità e potenzialità nella prima fase di accesso al campo il campionamento teorico viene adattato alla realtà empirica in esame alla luce di aspetti su cui insistere.

La nuova ipotesi di lavoro ha previsto l'individuazione di:

⁴⁶ Cabrera, Ryan, Shannon, Brooks-Gunn, Vogel, Raikes et al. 2004; Cabrera, Tamis-Lemonda, Bradley, Hofferth, Lamb, 2000; Ferrari, 2006; Fivaz-Depeursinge, 2002; Flouri, Buchanan, 2003; Lamb 2000, 2004; Lavanco, Troia, 2003; Lewis, Lamb, 2003; Marsiglio, Day, Lamb, 2000; Tamis-Lemonda, Cabrera, 2002, Rassegna bibliografica in Fava Vizziello G. (a cura di), 2008, Paternità in cerca d'autore. Elvier Masson, Milano.

1. assistenti sociali che abbiano lavorato in un progetto di supporto e cura di nucleo familiare con madre affetta da patologia psichiatrica (madri con disturbo psichiatrico lieve o madri con disturbo grave) e figli minori per i quali **NON si è reso necessario l'allontanamento** dalla famiglia;
2. assistenti sociali che abbiano lavorato in un progetto di supporto e cura di nucleo familiare con madre affetta da patologia psichiatrica (madri con disturbo psichiatrico lieve o madri con disturbo grave) e figli minori per i quali **si è reso necessario l'allontanamento** dalla famiglia;
3. psichiatri che abbiano lavorato in un progetto di supporto e cura di nucleo familiare con madre affetta da patologia psichiatrica (madri con disturbo psichiatrico lieve o madri con disturbo grave) e figli minori per i quali **NON si è reso necessario l'allontanamento** dalla famiglia;
4. psichiatri che abbiano lavorato in un progetto di supporto e cura di nucleo familiare con madre affetta da patologia psichiatrica (madri con disturbo psichiatrico lieve o madri con disturbo grave) e figli minori per i quali **si è reso necessario l'allontanamento** dalla famiglia.

Nell'ipotesi che le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri possano essere differenti in relazione alla gravità della patologia del genitore nella scelta degli intervistati è stato tenuto in considerazione il profilo diagnostico: a) disturbi gravi: i disturbi dello spettro schizofrenico, i disturbi deliranti e i disturbi dell'umore accompagnati nelle fasi critiche da idee deliranti, quindi tutti quei disturbi che presentano, anche se non continuativamente, significative alterazioni del rapporto con la realtà, del contenuto del pensiero e/o della percezione; b) disturbi lievi: i disturbi dell'umore non accompagnati da idee deliranti, i disturbi della personalità, i disturbi nevrotici. Tale suddivisione, pur non essendo l'unica possibile, si rifà ad uno studio su lavoro e disturbo psichico realizzato a Torino (Cardano, 2005) ed è coerente con quella comunemente adottata nella pratica clinica e riabilitativa dei Centri di Salute Mentale piemontesi. Si tratta, inoltre, di una distinzione che ha un fondamento non esclusivamente pragmatico: la percezione di queste alterazioni suscita - di norma - allarme sociale anche quando queste ultime non siano associate ad anomalie nel comportamento. Per ragioni di riservatezza e difficoltà pratiche che non consentono l'analisi delle cartelle cliniche dei paziente l'assegnazione all'una o all'altra classe diagnostica avviene unicamente sulla base della diagnosi attribuita dallo psichiatra che ha seguito il paziente.

In considerazione del fatto che anche l'esito del progetto di sostegno ad un nucleo familiare può influenzare le rappresentazioni sul significato degli interventi e degli strumenti professionali e sulla collaborazione nella scelta degli intervistati si è tenuto conto di due tipologie di situazioni: quelle nelle quali il minore è stato allontanato dal nucleo familiare e quelle in cui ha potuto invece essere mantenuto nell'ambito della famiglia.

5. Descrizione degli intervistati

Per facilitare l'elaborazione dei dati e la compilazione da parte degli intervistati sono stati predisposti tre questionari *on line* (modulo assistente sociale⁴⁷, modulo psichiatra⁴⁸, modulo nucleo familiare⁴⁹) che ciascun intervistato ha compilato prima dell'incontro. Il *link* è stato inviato a mezzo *mail* con la conferma dell'appuntamento. I dati sono stati raccolti automaticamente su un foglio di lavoro *excell*.

La scelta di questa strategia per la raccolta delle informazioni (funzionale anche per la rielaborazione dei dati) è stata effettuata per non appesantire il momento dell'intervista e per avere un quadro della situazione prima dell'incontro.

Non vi sono state segnalazioni di problemi, il tempo necessario per la compilazione dei questionari è di 5 minuti per la scheda intervistato e di 15 minuti circa per quella del nucleo familiare (il tempo varia in relazione al numero di figli minori presenti nel nucleo).

5.1. Gli assistenti sociali intervistati

La distribuzione di genere dei 20 assistenti sociali conferma i dati sulla professione (Benvenuti, Gristina, 1998, Facchini, 2010:123) con la presenza di una netta prevalenza del genere femminile (F. 90%, M. 10%).

Rispetto al titolo di accesso alla professione il campione è costituito in prevalenza da assistenti sociali in possesso della Laurea in Servizio Sociale (70%), seguono con il 20% il titolo di Diploma in Servizio Sociale, con il 5% il titolo ottenuto attraverso la Scuola diretta a Fini Speciali e con il 5% la Laurea Magistrale.

Variabili quali i percorsi di studio successivi (SI 40%, NO 60%) e il numero di anni di esperienza (meno di 11, tra 12 e 14, più di 14) saranno utilizzate per analizzare i temi trattati.

L'analisi ha evidenziato quali elementi significativi di differenziazione il numero di anni di anzianità ed il titolo di studio dal quale discendono competenze diverse

⁴⁷<https://docs.google.com/a/campus.unimib.it/spreadsheet/viewform?formkey=dE9GYTddBWIHV1hGd3VEWkRxdFRzcn6MQ>

⁴⁸<https://docs.google.com/a/campus.unimib.it/spreadsheet/viewform?formkey=dDJQaVVPeDhNVEpNWF9wWTg4Y1BjOFE6MQ>

⁴⁹<https://docs.google.com/a/campus.unimib.it/spreadsheet/viewform?formkey=dFRzZ0trUV8yYU9UeVNHNG5icjRfS2c6MQ>

(Trivellato, Lorenz, 2010): tra gli assistenti sociali più giovani emerge una diversa adesione al mandato professionale rispetto a quello istituzionale con una prevalenza del primo sul secondo mentre nelle assistenti sociali con più esperienza è tendenzialmente presente una sorta di "schiacciamento" sul mandato istituzionale.

5.2. Gli psichiatri intervistati

Gli psichiatri intervistati sono stati 17 con una sostanziale uguaglianza tra i generi (F. 47%, M. 53%). Le ipotesi emerse nel corso delle pre-analisi delle interviste sono state nel tempo confermate e anche tra gli psichiatri emerge una differenziazione legata agli anni di esperienza professionale. Tale differenza si traduce in una sorta di polarizzazione su posizioni onnipotenti/disincantate che differenzia giovani psichiatri (il 41% del totale) e psichiatri con maggiore esperienza (per la definizione di giovani psichiatri viene utilizzato il criterio di accesso al Coordinamento Nazionale Giovani Psichiatri area della Società Italiana di Psichiatria -SIP- rivolta a giovani soci specialisti in psichiatria che abbiano meno di 40 anni o siano specializzati da meno di cinque).

6. Le interviste: costruzione ed analisi del materiale empirico

Le interviste effettuate sono durate da un minimo di 40 minuti ad un massimo di 2 ore.

La traccia dell'intervista costituita da otto domande aperte con possibilità di rilanci in caso di difficoltà nella risposta o di temi non trattati in modo spontaneo ha permesso di affrontare i temi già evidenziati connessi alle rappresentazioni degli intervistati.

Nello specifico la traccia ha permesso di evidenziare individuare quali sono gli interventi e gli strumenti utilizzati dagli assistenti sociali dei servizi sociali territoriali e dagli psichiatri dei centri di salute mentale nell'ambito dei progetti di sostegno alle competenze genitoriali, le loro rappresentazioni sull'efficacia di tali strumenti e del lavoro nel suo complesso, sul proprio ruolo professionale, sulle aspettative e sulle difficoltà della collaborazione. Nella parte finale sono state indagate le difficoltà vissute dagli operatori in un periodo di mutamenti legati ai cambiamenti negli assetti organizzativi dei sistemi dei servizi ed alla contrazione delle risorse.

Gli intervistati non hanno avuto problemi nelle risposte: la strutturazione della traccia ha permesso di lasciare ampio spazio all'intervistato con minimi interventi del ricercatore.

Le interviste si sono svolte in un clima disteso, non sono emersi atteggiamenti di sfiducia nei confronti del ricercatore e il racconto degli assistenti sociali e degli psichiatri è stato caratterizzato dalla disponibilità alla condivisione delle proprie esperienze. Molti intervistati hanno commentato positivamente il tempo dedicato

all'intervista riconoscendolo come luogo dove hanno avuto la possibilità di mettere a confronto la pratica con il pensiero.

La conversazione si è sempre spostata su un piano più informale attraverso l'impiego della forma più colloquiale e reciproca del tu nelle interviste agli assistenti sociali. Questo non è avvenuto con gli psichiatri con i quali il registro è stato formale in tutte le situazioni di non pregressa conoscenza professionale personale.

Per quanto concerne lo stile di conversazione (Corbetta, 1999:415) esso si è adattato agli interlocutori con i quali era condiviso un linguaggio professionale.

Il ricorso alla traccia di intervista è stato essenziale soprattutto nella fase iniziale della ricerca poichè ha consentito di affrontare tutti gli argomenti presenti in scaletta. Successivamente, in quasi tutte le interviste - ad eccezione della prima domanda uguale per tutti gli intervistati (ma diversa per assistenti sociali e psichiatri) – sono stati variati l'ordine con il quale i temi sono stati proposti e la formulazione delle domande. Tale strategia ha permesso di approfondire alcuni argomenti emersi dalla interazione con l'intervistato.

Questa modalità di conduzione ha permesso di raccogliere le informazioni in modo analitico ma anche la flessibilità necessaria per poter cogliere argomenti rilevanti che sono emersi dalle diverse interviste.

Le principali difficoltà incontrate durante i colloqui con gli assistenti sociali sono collegate alle caratteristiche delle persone intervistate e alla tensione tra il mio ruolo di ricercatore e quello di assistente sociale. La richiesta di collaborazione alla ricerca inviata dall'Assessorato alle Politiche Sociali regionale e dall'Ordine regionale Assistenti Sociali se da un lato ha facilitato il contatto e la selezione dall'altro ha “disvelato” la mia professione rendendo più complessa la neutralità agli occhi dell'intervistato. L'attenzione nel mettere in secondo piano la mia esperienza professionale è stata necessaria tanto per mantenere un'oggettività rispetto ai temi quanto per facilitare la creazione di un clima non vissuto come valutante o giudicante delle rappresentazioni degli intervistati.

Tale aspetto è stato meno evidente nelle interviste con gli psichiatri. Per loro la conoscenza della mia formazione ed esperienza professionale non è stata neutra ma tendenzialmente valutata (anche esplicitamente in alcune interviste) come elemento di differenza e di disponibilità alla comprensione delle loro idee sul tema.

Rispetto al *setting* tutte le interviste sono state effettuate presso i servizi di appartenenza degli assistenti sociali e degli psichiatri. Il riconoscimento del senso della mia proposta di collaborazione è stato evidente poichè sono sempre stata accolta in stanze dove era stato chiesto di non passare le telefonate, in sale colloqui isolate, dove non ci sono mai state interruzioni della narrazione. In generale le interviste non hanno subito perturbazioni da parte di fattori esterni. Nella fase iniziale dell'intervista ad uno psichiatra – che ho visto in ospedale poichè era reperibile presso il Reparto Psichiatrico di Urgenza Ospedaliero (SPDC) – il medico è stato chiamato per un'urgenza e di

comune accordo abbiamo deciso di posticipare l'intervista alla settimana successiva. Un'intervista ad uno psichiatra in pensione è stata effettuata in un parco della città di Alessandria ma anche in questo caso i possibili elementi di disturbo ambientale sono stati controllati scegliendo un luogo il più possibile appartato.

Anche lo strumento di registrazione - in alcune interviste percepito inizialmente come una fonte di inibizione - non ha creato problemi dopo la rassicurazione della anonimità delle interviste che sembra aver garantito la tranquillità per aprirsi con il ricercatore.

Al fine di tutelare l'anonimato degli intervistati, a ciascuna intervista è stato abbinato un codice AS da 1 a 20 per gli assistenti sociali e PSI da 1 a 17 per gli psichiatri.

Il programma Atlas-ti (versione 5.0) si è rivelato utile in fase iniziale per ordinare e sistematizzare l'ampio materiale raccolto e mi ha permesso una iniziale categorizzazione dei contenuti rispetto alle aree che volevo indagare ossia il tipo di intervento, le percezioni sulle possibilità e modalità di utilizzo, sulle caratteristiche positive e negative, sul significato della collaborazione, le sue caratteristiche, i suoi limiti ed i suoi vantaggi. L'utilizzo del *software* si è fermato ad una iniziale codifica di porzioni di testo ed alla creazione di report di categoria.

Successivamente sono passata ad una procedura di analisi manuale caratterizzata dalla rilettura sistematica dei materiali e dalla creazione di quadri di sintesi.

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Quinto Capitolo

Interventi e strumenti professionali a sostegno di genitori pazienti psichiatrici.

Nella letteratura di servizio sociale emerge una carenza di scritti che analizzano gli interventi dal punto di vista degli operatori (Ferrario, 1996; Ardesi, Filippini, 2008; Jones, Cooper, Ferguson, 2009; Bertotti, 2012).

Il capitolo si concentra sui progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica con l'obiettivo, partendo dal racconto degli intervistati, di delineare come gli operatori descrivono ed interpretano le loro pratiche nell'ambito di tali situazioni ma anche di comprendere cosa pensano e che significato attribuiscono al loro lavoro, agli interventi effettuati da altri professionisti, agli strumenti professionali che utilizzano, quali ragionamenti portano alla scelta degli interventi che attuano e quali difficoltà caratterizzano la relazione di aiuto. La conoscenza di queste rappresentazioni ed il tentativo di sintesi che propongo costituisce un punto di partenza per lo studio delle pratiche professionali di assistenti sociali e psichiatri impegnati negli interventi in favore di bambini con genitori affetti da patologia psichiatrica.

Seguendo l'approccio di Jones, Cooper e Ferguson (2008, trad.it. 2009) il capitolo propone un approccio che mira a cogliere i punti di forza e di debolezza degli interventi professionali che vengono realizzati nella pratica professionale quotidiana a partire dalla prospettiva dei protagonisti. Non si tratta di un lavoro di riflessione sulle buone pratiche poiché, come è noto, questo presuppone la conoscenza e l'analisi del punto di vista di tutti gli operatori coinvolti e degli utenti. Sebbene limitato a due figure

professionali si ritiene che la presentazione dei risultati della ricerca possano sviluppare conoscenza ed indurre riflessioni sul tema.

Nel primo paragrafo vengono presentati gli interventi che vengono considerati dagli intervistati come le risorse chiave per sostenere le famiglie in questa situazione. Tra questi troviamo il sostegno infermieristico domiciliare, l'educativa territoriale, l'assistenza domiciliare, l'affidamento intra ed etero familiare e quello professionale, l'inserimento in comunità madre-bambino e residenziale per i soli minori, la segnalazione all'Autorità Giudiziaria. Tutti gli interventi vengono presentati dagli intervistati come aventi una valenza di sostegno e di controllo delle capacità genitoriali. L'ordine con cui si è scelto di presentarli è orientato su un continuum nel quale sono più o meno presenti i due aspetti.

Nel secondo paragrafo viene proposto lo strumento professionale del colloquio che sia assistenti sociali e psichiatri presentano in modo da comprenderne modalità ed obiettivi specifici.

Il terzo paragrafo affronta il tema di come viene rappresentato il contesto dell'intervento con riferimento alle difficoltà organizzative dei servizi. Il focus, attraverso l'utilizzo delle categorie concettuali del *burn out*, è legato alle difficoltà che gli operatori rilevano a fronte della contrazione delle risorse e dell'aumento dei carichi di lavoro.

Nel quarto paragrafo i limiti che emergono dalle interviste nella pratica professionale quotidiana, vengono letti nell'ottica di comprendere la percezione degli operatori sulla reale possibilità di sostenere le competenze genitoriali dei pazienti psichiatrici. In ultimo si affronta il tema della formazione.

1. gli interventi di sostegno e tutela.

Come abbiamo visto nella prima parte, nella valutazione e nel sostegno delle competenze genitoriali di un paziente psichiatrico occorre considerare gli aspetti diagnostici associandoli alla conoscenza delle caratteristiche della persona, dell'intensità, rilevanza e gravità delle manifestazioni psicopatologiche.

È stato inoltre evidenziato come la precocità degli interventi di sostegno della relazione genitore-figlio e il sostegno dei familiari da parte di specialisti possano compensare in parte le limitazioni, promuovendo abilità parentali.

Riprendendo le considerazioni di Greco e Maniglio (2010) il sostegno di un adulto esente da patologie psichiche che sia in grado di fornire opportunità di apprendimento,

consigli pratici, assistenza nei compiti quotidiani attraverso strategie d'insegnamento appropriate alle potenzialità mentali del genitore e che sia disponibile in alcuni momenti a intervenire facendosi carico direttamente di alcuni compiti, può compensare, integrare e sostenere in modo positivo la relazione del genitore affetto da malattia mentale con il figlio minore.

Gli interventi di sostegno alla genitorialità devono avere una strutturazione sul lungo periodo soprattutto se le condizioni sfavorevoli presenti nel nucleo familiare sono croniche: particolarmente utili sono interventi, spesso domiciliari, a lungo termine, finalizzati a fornire un sostegno emotivo, soprattutto in periodi di ricovero dei genitori, e un supporto pratico per i compiti parentali e le attività domestiche, per evitare che i figli assumano stabilmente il ruolo di *caregiver*.

I programmi che si focalizzano su famiglie multiproblematiche sono in grado di migliorare la salute dei bambini, il funzionamento familiare, la sicurezza domestica attraverso il rafforzamento dei legami familiari e la promozione di abilità (Canali, Vecchiato, Whittaker, 2008).

Abbiamo inoltre evidenziato come gli interventi di supporto ai nuclei familiari multiproblematici abbiano un'efficacia maggiore nell'implementare le abilità parentali e il benessere familiare se vengono effettuati a domicilio: visite frequenti, sia strutturate sia informali, nelle abitazioni delle famiglie più a rischio da parte di operatori capaci di supportare materialmente ed emotivamente tutti i membri della famiglia sono in grado di promuovere la salute, le abilità parentali e la sicurezza ambientale e monitorare le condizioni problematiche presenti.

Nel caso della ricerca, quali sono gli interventi a sostegno delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica? e vi sono differenze nel loro utilizzo?

A tutti gli assistenti sociali è stato chiesto di individuare, inizialmente, quali sono gli interventi rivolti a tutte le famiglie nelle quali si rilevano fragilità genitoriali che possono mettere a rischio il sano sviluppo psicofisico dei minori. Da questa prima domanda si è poi passati allo specifico di situazioni nelle quali uno o entrambi i genitori sono affetti da una patologia psichiatrica.

Si intendeva con questo rilevare se vi erano delle specificità rispetto al sostegno genitoriale a fronte di problematiche diverse.

Non è stato possibile, evidentemente, fare questa distinzione con gli psichiatri poiché per la loro professione specifica si occupano unicamente della seconda fattispecie di situazioni.

Gli interventi concreti che vengono presentati come risorse per migliorare la relazione tra figlio e genitore incrementando le competenze di quest'ultimo, comportano una cooperazione anche con altre figure: possono prevedere la presenza di un infermiere, di un educatore o di un assistente domiciliare, l'affidamento diurno, professionale o residenziale, la collocazione in comunità madre-bambino ed in struttura residenziale del minore.

La scelta tra i diversi interventi è presentata come modulata in base alle esigenze di sostegno e di tutela dei minori e delle loro famiglie. Si introduce tra questi interventi anche la segnalazione all'autorità giudiziaria.

Nel capitolo successivo il tema della segnalazione verrà ripreso per illustrare come vengono percepite le modalità di collaborazione tra operatori in questo snodo fondamentale che indica il passaggio da un contesto di aiuto spontaneo ad uno coatto.

1.1. Il supporto infermieristico domiciliare. Gli infermieri: “portatori sani” di fiducia.

Il sostegno infermieristico domiciliare viene utilizzato in numerose situazioni (ne parlano 17 su 20 assistenti sociali e la totalità degli psichiatri); ciò non significa che viene attivato in tutte le situazioni di adulti affetti da patologia psichiatrica con figli minori ma che gli operatori intervistati hanno avuto esperienze nelle quali è stato possibile introdurre anche questo tipo di intervento. La possibilità dell'intervento viene valutata dal medico psichiatra in base alle caratteristiche dei pazienti ed è strettamente connessa alla fase clinica della patologia ma gli psichiatri intervistati evidenziano che sempre più i carichi di lavoro non consentono la garanzia della presenza di questa figura professionale. La presenza della figura dell'infermiere e dell'assistenza infermieristica domiciliare in situazioni di sostegno e controllo delle competenze genitoriali non è codificata nei servizi, non emergono linee guida o indicatori che ne definiscono il ruolo e la necessità: tale situazione crea una situazione di incertezza negli assistenti sociali che affermano di non sapere se e in quali situazioni questo intervento viene attivato dal centro di salute mentale.

Quando questo tipo di intervento è utilizzato assume una connotazione positiva e costituisce una strategia che permette una vicinanza emotiva al genitore paziente psichiatrico. Tale vicinanza, realizzabile anche da altre figure professionali, in questo intervento si caratterizza tanto per competenze sanitarie specifiche rispetto alla patologia quanto per la connotazione “amica” di tali figure che fanno parte dell'*équipe* del centro di salute mentale e pertanto sono sentite come maggiormente vicine. A questa figura professionale si riconosce la possibilità di assumere un ruolo di “mediatore relazionale”, di “portatore sano” di fiducia tra il genitore e l'assistente sociale:

lei, per quello che dicevo prima, aveva una maggiore empatia con il personale del cim⁵⁰, in particolare con le infermiere. Le due che turnavano sulla situazione andavano a casa sua, erano di grosso sostegno anche morale per lei, hanno fatto un grandissimo lavoro per farla focalizzare sul mio ruolo, sul dire “certo ha un ruolo di controllo ma c'è anche un'offerta di opportunità per te e per i tuoi figli” questo è servito molto, assolutamente. (AS11)

Per gli assistenti sociali e gli psichiatri intervistati la possibilità di avere un intervento domiciliare da parte degli infermieri ha non solo una valenza di sostegno emotivo ma costituisce un controllo sul percorso e sullo stato di salute dell'adulto e dei suoi figli. Emerge chiaramente dalle parole di PSI6 che si dice rassicurata dal fatto che l'infermiere andasse a casa della paziente, anche se era già presente un intervento di educativa territoriale, poiché le competenze infermieristiche permettono un'attenzione maggiore agli aspetti clinici:

durante la settimana l'infermiere il passaggio da lei lo faceva anche se c'erano le educatrici, magari non tutti i giorni come quando era in gravidanza, ma una volta alla settimana una mattina o un pomeriggio l'infermiera andava per verificare come stava lei ma ne approfittava per vedere come stava il bambino.

La possibilità di sostenere ma anche di controllare una situazione attraverso l'intervento domiciliare degli infermieri viene ribadita anche da PS11:

era importante per me avere un infermiere che andava a casa una volta alla settimana sia per dare un supporto alla persona sia anche verificare in qualche modo che le condizioni fossero sufficientemente buone per i figli minori. L'infermiera chiedeva di andare in presenza dei figli per osservarli un attimo. Qualora si riscontrino delle anomalie, delle situazioni meritevoli di attenzioni a quel punto gli infermieri lo segnalano a noi che prendiamo i contatti con i servizi sociali.

Dall'analisi delle interviste emerge inoltre che gli intervistati ritengono che l'infermiere in grado di sostenere il paziente in momenti particolari che possono generare fattori di *stress* aggiuntivi. Abbiamo visto nella prima parte che nel modello di Hall vengono individuati i fattori precipitanti, cioè quelle variabili che possono intervenire durante il ciclo di vita della famiglia, interagendo negativamente con la psicopatologia del genitore e aumentando il rischio per i bambini. È la situazione

⁵⁰ L'intervistato utilizza una vecchia denominazione del centro di salute mentale. L'acronimo CIM significa centro di igiene mentale. Come vedremo in altre interviste vi sono numerose parole che sono entrate nel lessico degli operatori e non sono state sostituite dalle variazioni delineate dalla normativa.

descritta da PSI7 che racconta un momento di difficoltà particolare vissuto dal paziente in occasione di un incidente occorso alla figlia:

la bambina del mio paziente aveva avuto un brutto incidente. Il sostegno che è stato dato al paziente, nell'andare a trovare la bambina in ospedale, nel supportarlo in quella fase, è stato importante. Si è sentito accudito, tenuto, e aveva la possibilità in qualsiasi momento di poter parlare o con me o con l'infermiere che era più disponibile. Aveva una figura di riferimento comunque sempre pronta e disponibile.

Anche la perdita di custodia dei figli rientra tra i fattori precipitanti descritti da Hall: in queste situazioni la presenza dell'infermiere appare importante nel momento dell'allontanamento e, come vedremo successivamente, nel mantenimento delle relazioni con i figli. Nel momento dell'allontanamento dei figli la situazione appare complessa sotto diversi aspetti. Gli assistenti sociali intervistati affermano di sentire di dover tutelare il bambino ma sono consapevoli della necessità di attenzione all'adulto. Inoltre riconoscono come i bambini abbiano bisogno di essere rassicurati dal genitore. Appare esemplificativa la situazione descritta da AS13 che ha organizzato l'inserimento del minore in comunità con la collaborazione degli operatori del centro di salute mentale. Quel giorno c'erano le infermiere dedicate alla gestione della relazione con la mamma:

l'infermiere cercava di tranquillizzarla in modo tale che potesse accompagnare il figlio in comunità. La presenza dell'infermiere ha consentito di garantire un'attenzione sia alla mamma che al figlio. In quel momento il fatto che la madre fosse contenuta sul piano emotivo e avesse dei riferimenti di supporto, le infermiere del servizio di salute mentale, è stato funzionale perché è riuscita ad accompagnare il ragazzino in comunità. È riuscita a mantenere un comportamento adeguato, a facilitare il suo inserimento. Per quanto sia stato difficile un cambiamento così radicale è riuscita a facilitare la sua permanenza in comunità.

Un lavoro di questo tipo non sembra però essere codificato nelle prassi degli interventi del centro di salute mentale, PSI7, ricordando una specifica situazione di sostegno ad un genitore, precisa che gli infermieri sono stati disponibili oltre il loro mansionario:

nella situazione di emergenza gli infermieri non si sono sottratti, nell'ampliare, per esempio, l'orario di lavoro, quindi anche una presenza che andava anche un po' al di là diciamo, del

mansionario tipico, dell'orario tipico, io credo che quello sia stato molto utile.

Sebbene vi sia consenso tra gli assistenti sociali e gli psichiatri sul fatto che la presenza dell'infermiere tanto a domicilio quanto in momenti particolari possa garantire la risposta a bisogni clinici e relazionali dei genitori evitando un aggravamento del quadro psicopatologico in un'ottica preventiva, tale intervento, come detto, non è codificato in nessuna delle realtà incontrate. L'intervento dell'infermiere si colloca in questi contesti in un quadro di cultura dei servizi e gli operatori che sono coinvolti lo sono sulla base di una disponibilità o di un interesse personale non supportato da una formazione teorica. Le competenze sono acquisite nella prassi. Il rischio di un'organizzazione di questo tipo emerge chiaramente dall'analisi dei risultati della ricerca e riguarda secondo gli intervistati due aspetti: il primo è connesso alla formazione, il secondo alla riduzione della presenza degli infermieri a fronte della contrazione delle risorse.

Rispetto alla mancanza di una formazione specifica, viene ravvisato tanto dagli psichiatri quanto dagli assistenti sociali il rischio che gli interventi siano parziali poiché le osservazioni non sono supportate da una conoscenza degli aspetti di rischio per i minori ed il fuoco di osservazione privilegiato è l'adulto. Così si esprime PSI3.

Si è più attenti a cose diverse, ossia, c'è stato un momento in cui la situazione psicopatologica era comunque rientrata e c'è stata una segnalazione da parte del servizio sociale su una mancata cura della casa da parte della signora, cosa di cui noi non ci eravamo in qualche modo accorti, pur con degli infermieri che settimanalmente si recavano a domicilio.

Un secondo limite rilevato dagli intervistati è quello che si connette alla vicinanza emotiva al paziente. Se da un lato, come abbiamo visto, questo permette di instaurare delle relazioni di fiducia con le persone, dall'altro è possibile che produca difficoltà sul piano emotivo che si traducono poi in una *empasse* sul piano operativo:

il rischio grosso di non aver una preparazione è che si rischi ora di aderire completamente, tra virgolette, alla causa del bambino, ora di aderire completamente alla causa del genitore maltrattato e bistrattato dai servizi sociali, senza riuscire a mettere queste due componenti assieme, senza riuscire a pensare alla relazione genitori-bambini prima che al genitore singolo e bambino singolo. (PSI4)

La presenza o l'assenza di questa figura professionale dipende dai contesti specifici, non è prevista e tantomeno garantita in modo diffuso. Non essendo codificata, inoltre, può essere ridotta se non addirittura eliminata dalla contrazione delle risorse e dall'aumento dei carichi di lavoro. PSI17 affronta il discorso in modo esplicito:

una volta era possibile, io ho lavorato ancora in una stagione fortunata, perché le dico, ci sono stati gli anni, gli anni ottanta, gli anni novanta, in cui, io quando sono arrivato qui da Acqui c'erano venti infermieri, adesso ce ne sono quattro. Si fanno le cose urgenti non si riesce a garantire tutto e l'intervento in queste situazioni non c'è praticamente più.

Gli interventi infermieristici sono visti dagli assistenti sociali e dagli psichiatri come una risorsa essenziale e positiva che, sebbene presenti una dimensione di controllo, viene percepita in prevalenza come di sostegno. La loro presenza nella quotidianità dei genitori pazienti psichiatrici si caratterizza per una capacità di vicinanza emotiva che può sostenere il paziente anche in momenti critici. Rispetto all'utilità della loro presenza, un elemento di differenza tra le due figure professionali riguarda le aspettative rispetto agli obiettivi del loro intervento. Per gli psichiatri, in prevalenza, l'intervento è finalizzato al monitoraggio della situazione psico-patologica e solo secondariamente all'osservazione delle dinamiche familiari e relazionali. Gli assistenti sociali evidenziano invece l'aspettativa opposta e che possano cioè osservare principalmente la relazione tra madre e bambino.

Rispetto ai limiti evidenziati dagli intervistati, emerge come prevalente l'idea che gli infermieri non abbiano una formazione specifica sul tema del sostegno e del controllo delle competenze genitoriali. La mancanza di competenze tecniche che permetta una maggiore oggettività favorisce nelle percezioni di assistenti sociali e psichiatri il rischio di alleanze con l'adulto che possono portare ad una posizione di contrapposizione tra figure che si occupano dell'adulto e figure che si occupano del minore: è opinione condivisa che queste figure dovrebbero essere formate per evitare i rischi che la maggiore vicinanza emotiva e relazionale all'adulto genitore comporta.

Ulteriore limite viene evidenziato da parte degli assistenti sociali nel fatto che non essendo il ruolo dell'infermiere definito e codificato nell'ambito di progetto di sostegno delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici non sanno in quali situazioni e se verrà attivato. Sul punto la motivazione che emerge da parte degli psichiatri si colloca tanto sulla sottolineatura che non è uno specifico del ruolo professionale di queste figure quanto sul fatto che la riduzione delle risorse non permette di dedicare personale a questo tipo di progetti che non sono di specifica competenza dei centri di salute mentale.

Sembra rimanere sullo sfondo il fatto che, per il loro ruolo, gli infermieri possono avere numerose ed importate informazioni conoscitive sul nucleo familiare: dalle interviste effettuate emerge poco un'attenzione alla ricchezza di contributo alla comprensione che potrebbero dare. In altre parole la sensazione è che si parli di queste ed altre figure, come vedremo, in modo strumentale più che nei termini di costituzione di *équipe* multi-professionali.

1.2. Gli interventi di educativa territoriale tra pubblico e privato sociale.

Come abbiamo visto nella prima parte la gravità della diagnosi non appare di per sé sufficiente per definire un quadro di inadeguatezza genitoriale ma occorre comprendere quali sono i limiti e le potenzialità che nella vita quotidiana il genitore presenta (Fava Vizziello et al. 1991; Reder e Lucey, 1997, Procaccia, 2005; Hall, 2006).

Partendo da questo presupposto teorico, in cui si sottolinea come sia un fattore di rischio maggiore il comportamento nel quotidiano piuttosto che la gravità della diagnosi di per sé, ho voluto comprendere quali interventi sono utilizzati dagli assistenti sociali e dagli psichiatri per conoscere questi aspetti e quale significato vi attribuiscono.

Oltre ai già citati interventi infermieristici, dall'analisi delle interviste emerge che gli interventi di educativa territoriale possono essere utili nella fase di valutazione delle competenze genitoriali e nella fase di sostegno e di recupero delle abilità parentali.

I limiti relativi a questo tipo di intervento sono legati alle scelte organizzative che incidono sulla presenza o meno dell'educatore professionale all'interno dei servizi. Analizzando i diversi contesti, emerge come solo sette assistenti sociali su venti lavorino in servizi nei quali l'educatore professionale è dipendente dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali. Nelle altre situazioni i progetti di educativa territoriale sono gestiti da personale in convenzione.

In entrambe le situazioni, per motivi differenti, l'intervento di educativa territoriale ha subito nel corso degli anni una consistente riduzione.

Nei contesti dove l'educatore è dipendente dell'ente si rileva che la presenza è sottostimata rispetto all'esigenza. Tutti gli assistenti sociali che si trovano in questa situazione sottolineano di dover individuare delle priorità nelle quali possono attivare l'intervento:

più o meno il nostro territorio è di riferimento per quarantamila abitanti e ci sono due educatrici a tempo parziale, perciò praticamente un educatore a tempo pieno. È chiaro che non puoi fare tante cose. La priorità è data alle situazioni in cui è coinvolta l'autorità giudiziaria. (AS11)

La scelta di dare priorità alle situazioni nelle quali è già coinvolta l'autorità giudiziaria non consente di utilizzare l'intervento nella fase di valutazione delle competenze genitoriali ma viene attivato quando è già stata individuata una fragilità nelle competenze parentali ed un rischio per i minori. Si rileva inoltre come nell'opinione degli assistenti sociali il numero limitato di educatori professionali non sia ritenuto sufficiente per sostenere i genitori in un percorso di recupero delle capacità di cura:

l'organizzazione del lavoro prevede interventi dal punto di vista concreto limitati. Due ore al giorno, due volte alla settimana o magari tre volte alla settimana. Se si pensa ad una mamma che ha anche un problema di salute sono troppo poche. Dovrebbe essere un aiuto dal punto di vista educativo e di gestione della prole ma anche un aiuto nella gestione della quotidianità, nella gestione della casa, se c'è bisogno di imparare come si gestisce il denaro, come si fa la spesa, come si fa il bagno, come si lavano i capelli, come si prepara da mangiare. Ecco quando ci sono anche questi aspetti messi insieme devo dire che alla fine le risorse che abbiamo ci permettono di fare degli interventi poco incisivi. (AS17)

Uno spazio particolare è riconosciuto agli educatori nell'ambito dei luoghi neutri, momenti nei quali gli adulti possono incontrare i loro figli che sono stati allontanati in un contesto protetto e controllato. Come abbiamo già visto rispetto all'intervento degli infermieri, gli operatori intervistati sottolineano la necessità per i genitori di essere supportati in questi momenti da persone in grado di aiutarli nella gestione dell'incontro tanto su un piano concreto quanto su un piano relazionale.

A fronte dell'aumento esponenziale della richiesta da parte dell'autorità giudiziaria di incontri di questo tipo, sono molti i servizi socio-assistenziali che hanno organizzato servizi dedicati. Nelle sette situazioni in cui l'educatore è dipendente dell'Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali si occupa direttamente degli incontri. Nelle altre situazioni il servizio è gestito da operatori dipendenti di cooperative che hanno in convenzione i servizi. Il luogo neutro costituisce per tutti gli assistenti sociali un momento importante per la tutela dei minori ma anche, in una prospettiva di temporaneità dell'allontanamento dei bambini, per una valutazione della qualità del rapporto e delle competenze degli adulti.

È importante che i luoghi neutri vengano fatti alla presenza di un educatore in modo da poter aiutare la mamma nell'incontro con il proprio bambino. Il tentativo dell'educatore deve essere quello di favorire e aiutare la mamma nel riavvicinarsi al figlio. (AS7)

La continuità della presenza degli educatori nel periodo nel quale è prevista questa modalità di visita permette di instaurare un legame di fiducia e di lavorare con il genitore sulle difficoltà che emergono durante l'incontro. Solo in situazioni particolari, legate alla carenza di figure professionali dedicate o in momenti di ridefinizione del progetto, è presente l'assistente sociale agli incontri. In generale la scelta è quella di

favorire la presenza di un educatore con il quale il genitore ha una relazione meno conflittuale:

il supporto alla genitorialità era svolto dalle educatrici del luogo neutro che preparavano quest'incontro e accoglievano il disagio e le criticità che portava la mamma subito dopo. Qualche volta ero coinvolto anch'io ma direi non in modo molto significativo ed efficace. Era molto più efficace il confronto nel qui ed ora con le educatrici con cui la mamma aveva una relazione di fiducia. (AS2)

Secondo gli intervistati la creazione di un rapporto di fiducia può essere garantita dalla predisposizione di spazi di ascolto che precedono l'incontro, momenti nei quali gli adulti possono sentirsi accolti nelle loro difficoltà.

Nei contesti nei quali il servizio di educativa territoriale è gestito con convenzioni, alla limitazione delle ore di intervento si aggiunge la difficoltà per gli assistenti sociali di dover motivare nei confronti dell'organizzazione la richiesta di spesa. Così delinea la questione AS12 che lavora da oltre vent'anni:

io capisco la necessità di dare un ordine e una logica, di razionalizzare gli interventi in questo periodo di crisi però oltre un certo livello è più l'energia che tu metti nel cercare di convincere l'organizzazione che quello che proponi è importante che non quella che metti in tutto il resto. Per convincere l'organizzazione che è meglio che tu dia almeno due ore di educatore alla settimana in una famiglia devi metterci un'energia pazzesca, per poi magari sentirti dire che si te lo daranno ma magari non due ore alla settimana e magari non domani ma fra sei mesi.

Dalle parole di AS11 emerge l'impotenza legata alla consapevolezza che anche quando l'intervento viene autorizzato non è sufficiente in generale e tantomeno in situazioni di adulti con patologia psichiatrica:

ho una sensazione di profonda impotenza, perché l'intervento dell'educatore che si svolge settimanalmente incide ben poco sulle dinamiche relazionali di una famiglia con queste problematiche.

Oltre alle difficoltà legate alla riduzione delle risorse ed all'esternalizzazione degli interventi di educativa territoriale emergono due questioni legate alla necessità di ridefinizione dei compiti degli educatori ed alla loro formazione sul tema specifico.

Soprattutto dagli assistenti sociali che lavorano in servizi che prevedono la figura professionale all'interno dell'ente gestore, emerge che, negli anni, il fuoco di attenzione

degli interventi si è spostato dal sostegno ai minori ad una richiesta di maggiore attenzione alle famiglie nel loro complesso:

la cosa che si chiede oggi agli educatori nella maggior parte dei casi non è solo di fare un intervento esterno alla famiglia, cioè portare il bambino a teatro, in piscina ma di farlo anche in casa per monitorare le relazioni, dare degli input. Questo è un pezzo in più che noi assistenti sociali chiediamo. L'intervento di educativa individuale come era concepito dieci anni fa nel tempo è stato abbandonato e abbiamo sempre più messo sul focus sui genitori. Il focus sulla famiglia ce l'abbiamo molto più in mente. (AS5)

Lo spostamento di asse ha creato delle resistenze negli educatori ai quali è stato chiesto di ridefinire il loro ruolo nell'ambito di progetti di sostegno alla genitorialità. È ancora AS5 a sottolineare questo aspetto:

ci sono state delle resistenze da parte degli educatori perché è un modo un po' diverso di concepire il proprio ruolo. Prima loro si immaginavano proprio per il minore con l'idea che gli adulti sono competenza di altri.

AS5 fa emergere una questione che mi sembra importante evidenziare. Va sottolineato infatti che gli assistenti sociali rilevano che negli anni c'è stato un passaggio dal considerare adulti con patologia psichiatrica "come genitori da sostituire" a potenziali genitori, almeno in parte, che se supportati possono svolgere un ruolo importante per i bambini. Quello che questa intervistata rileva è che questo cambiamento non sembra essere stato elaborato a tutti i livelli. Come già sottolineato per gli interventi degli infermieri, mi sembra che gli intervistati mostrino come la scomposizione del problema di una famiglia in problemi dei singoli possa portare a percepirsi come figure professionali a sostegno degli adulti genitori o dei figli in una sorta di contrapposizione che non permette uno sguardo alla complessità delle dinamiche nel loro complesso e con il rischio di interventi volti maggiormente al sostegno oppure alla tutela ed al controllo a fronte della parzialità del fuoco di osservazione.

Le richieste di cambiamento del ruolo sembrano incidere in modo minore nei progetti di educativa professionale gestiti attraverso convenzioni con il privato sociale. In questa situazione sembra esserci una maggiore flessibilità da parte dell'operatore nei confronti delle richieste del servizio forse anche a fronte della diversa capacità negoziale che possono avere operatori che lavorano in forma di convenzione con l'ente pubblico.

Gli psichiatri intervistati lavorano tutti in centri di salute mentale all'interno dei quali è prevista la figura dell'educatore, dipendente Asl. Gli educatori professionali dei centri di salute mentale, presenti numericamente in modo ridotto rispetto alle altre figure professionali, si occupano di progetti riabilitativi prevalentemente legati al reinserimento lavorativo ed alla risocializzazione. In nessuna delle situazioni analizzate fanno parte stabilmente delle *équipe* che si occupano del sostegno alle competenze genitoriali o hanno effettuato interventi diretti con carattere di continuità.

In un'unica situazione, per un progetto che ha previsto il sostegno a domicilio di una paziente con disturbo psicotico è stato attivato per alcuni anni un intervento di educativa territoriale domiciliare. Tale intervento era stato sostenuto economicamente dal centro di salute mentale con un assegno terapeutico ed era stato monitorato dalla psichiatra. Rientrata la situazione di acuzie e migliorate le competenze genitoriali della madre era stato interrotto in accordo con l'assistente sociale del servizio territoriale. Il progetto risale ad un periodo precedente a quello in cui è stata effettuata l'intervista e a causa della riduzione dello stanziamento di fondi per il pagamento di progetti non effettuati direttamente da personale Asl non ne sono più stati attivati.

Gli interventi di educativa territoriale sono visti dagli assistenti sociali e dagli psichiatri come una risorsa positiva ma con alcuni aspetti di criticità che ne limitano le potenzialità di sostegno alle famiglie trasformandoli in interventi con marcate funzioni di controllo. Gli assistenti sociali evidenziano che il ruolo dell'educatore si è trasformato nel tempo a causa della riduzione delle risorse disponibili. Se un tempo era possibile che un ruolo di maggiore sostegno alle competenze genitoriali e che un lavoro in ottica preventiva oggi questo intervento è maggiormente orientato a funzioni di controllo perché viene attivato, prevalentemente, in situazioni gravi nelle quali è già presente un dispositivo dell'autorità giudiziaria. In altre parole, l'intervento viene attivato quando sono già state evidenziate incompetenze genitoriali ed è quindi letto come forma di controllo. La dimensione di sostegno risulta sfumata.

Si aggiunga a ciò un secondo aspetto già evidenziato nel paragrafo su questo punto.

Gli assistenti sociali rilevano che negli anni sono cambiate le richieste che vanno nella direzione di una maggiore attenzione alla famiglia nel suo complesso e non solo al bambino. Da interventi al di fuori della famiglia finalizzati ad offrire al minore attività educative individuali si è passati ad interventi all'interno della famiglia con l'obiettivo di uno sguardo alle dinamiche familiari nel loro complesso. Questo secondo aspetto può essere connesso ad un passaggio di ottica che considera possibile il sostegno al genitore psichiatrico che non necessariamente deve essere sostituito completamente nelle funzioni parentali e che può comunque mantenere spazi di competenza nella relazione con i figli.

Gli psichiatri, in prevalenza, hanno nei confronti di questo intervento una posizione neutra, non lo vedono cioè connotato come forma di controllo o di sostegno dei loro pazienti se non nell'ambito degli incontri in luogo neutro dove in realtà il ruolo è marcatamente di controllo dell'incontro tra l'adulto ed il minore. Dall'analisi delle

interviste emerge infatti come gli psichiatri individuino nell'educatore una figura dedicata al minore, alle sue esigenze e necessità e non al sostegno delle competenze parentali del paziente. La mancanza di una formazione specifica rispetto all'adulto affetto da patologia psichiatrica non permette loro di fare delle osservazioni utili al progetto di cura. Evidenziano inoltre come la sostanziale mancanza di formazione sugli aspetti psicopatologici possa portare a valutazioni negative a fronte di comportamenti eclatanti connessi alla sintomatologia.

Mi sembra importante sottolineare che le criticità evidenziate dagli psichiatri non portano ad immaginare interventi differenti effettuati, per esempio, dagli educatori dei centri di salute mentale.

La sensazione è che quando assistenti sociali e psichiatri parlano di queste figure le rappresentino su un piano ideale ma nel concreto degli interventi la mancanza di una formazione specifica, la difficoltà di accettazione di un ruolo non solo di vicinanza ai bambini ma anche di sostegno dei genitori, la riduzione dell'ampiezza degli interventi porta ad una sostanziale scarsa possibilità di incidere nella vita delle famiglie.

1.3. L'assistenza domiciliare.

Un altro intervento considerato rilevante nelle interviste è l'intervento di assistenza domiciliare svolto da operatori preparati allo scopo e opportunamente qualificati (Operatori Socio Sanitari - OSS)⁵¹. Questo tipo di intervento rientra tra le possibilità di sostegno e controllo delle funzioni genitoriali attivabili tanto nelle situazioni di generica fragilità e difficoltà quanto in quelle specifiche di difficoltà connesse alla malattia psichiatrica. Tutti gli assistenti sociali intervistati lo collocano tra i possibili interventi nella fase di valutazione e in quella di trattamento riconoscendo a queste figure rilevanti competenze nell'osservazione e nella descrizione di ciò che avviene in queste famiglie in ambito domestico. In entrambe le fasi le prestazioni che tale servizio garantisce sono finalizzate al soddisfacimento di esigenze individuali come l'igiene personale, l'aiuto nel consumare i pasti, nel movimento e possono essere rivolte ad esigenze ambientali come la pulizia ed il riordino della casa, il lavaggio biancheria, il miglioramento del livello di *comfort* dell'abitazione. Possono inoltre essere finalizzate alla gestione di attività extra domestiche tra le quali troviamo il pagamento di bollette, l'accompagnamento a visite mediche, l'accompagnamento a scuola di bambini. Gli

⁵¹ Gli operatori intervistati utilizzano l'acronimo e non la denominazione completa per indicare questo tipo di operatori.

interventi dovrebbero essere in grado di stimolare il recupero, il mantenimento e lo sviluppo dell'autonomia personale e la vita socio-relazionale.

Gli interventi connessi alla domiciliarità, lemma introdotto per la prima volta nel 1993 nell'ambito delle attività formative e di ricerca della Fondazione Zancan, dopo una fase iniziale nella quale sono stati rivolti prevalentemente ad anziani parzialmente autosufficienti, si sono diffusi ad altri ambiti.

Abbiamo visto come il supporto prestato da adulti che diventano un punto di riferimento per il paziente psichiatrico nella gestione della quotidianità possono migliorare lo stato di salute generale ed anche le competenze genitoriali (Di Blasio, 1995; 2000, Hall, 2006). In tutte le interviste agli assistenti sociali questo intervento viene presentato tra le diverse opportunità.

L'assistenza domiciliare viene utilizzata dagli assistenti sociali intervistati per il sostegno nella gestione della casa soprattutto nelle situazioni di madri depresse o affette da disturbi dell'area psicotica, a fronte della rilevazione delle loro difficoltà ad occuparsene in modo diretto, soprattutto nelle fasi acute della malattia:

ho scoperto che c'era un ambiente devastante, nel senso che le camere da letto erano in uno stato pietoso. Tutte le settimane per due ore, una oss, la stessa oss, perché non volevo che si cambiassero troppi operatori perché per lei è faticoso, aiuta la signora rispetto a questo lavoro di pulizia ma anche di riappropriazione degli spazi di vita, perché lei aveva abdicato a qualsiasi cosa. (AS1)

Nell'opinione degli intervistati risulta fondamentale, come sottolinea AS1 evitare la presenza di più operatori a fronte delle difficoltà relazionali e della situazione di fragilità legata a fasi acute della malattia. La pulizia degli ambienti può diventare uno strumento per instaurare una relazione di fiducia che permette anche di lavorare per la riappropriazione di spazi della propria vita.

Nella rappresentazione degli assistenti sociali un secondo obiettivo dell'intervento di assistenza domiciliare è maggiormente legato al sostegno nella relazione con i figli ed anche in questo caso viene sottolineata la doppia valenza di sostegno e di controllo della situazione.

Si è attivata l'assistenza domiciliare a supporto barra controllo della situazione quindi sia per gli accompagnamenti sia proprio per aiutare la signora a relazionarsi con questo bimetto (AS6)

La possibilità di un sostegno nelle modalità di relazione con i figli viene maggiormente segnalata in situazioni nelle quali i bambini sono molto piccoli. L'intervento dell'operatore socio sanitario viene utilizzato tanto in situazioni di sostegno alle competenze genitoriali nelle quali i minori non sono stati allontanati dai genitori quanto in situazioni nelle quali occorre una valutazione sul recupero delle competenze

genitoriali a seguito di periodo di aggravamento della patologia che ha reso necessario un temporaneo allontanamento dalla coppia genitoriale. È il caso di cui parla AS7 che, a seguito di un grave episodio nel quale la mamma di un bambino di dieci mesi minacciava di gettarsi dal balcone con il figlio, ha segnalato all'Autorità Giudiziaria la situazione richiedendo un affidamento urgente ai nonni. Dopo un periodo di cure e di interventi di sostegno il progetto prevede la possibilità di un rientro a casa del bambino ma l'assistente sociale necessita di informazioni sul recupero delle capacità di accudimento e di organizzazione della madre.

Per favorire il ritorno a casa di questo bimbo ho individuato delle ore in cui l'assistente domiciliare mi ha aiutato a capire cosa fa la mamma con il bambino senza la presenza dei nonni. Ho organizzato momenti di due o tre ore alla settimana in cui questo bimbo veniva portato a casa della mamma insieme alla oss. Decidono insieme le attività che si possono fare: una passeggiata o andare a comprare insieme al bambino. Ho bisogno di vedere come questa mamma si comporta nella quotidianità. (AS7)

Gli assistenti sociali e gli psichiatri segnalano come l'assistenza domiciliare debba in generale essere caratterizzata da attenzione e rispetto delle persone e dei loro spazi. Si aggiunge, alla complessità sempre presente, anche la difficoltà di relazione con persone affette da patologia psichiatrica che rende necessario uno scambio costante di informazioni con le figure sanitarie:

la oss per aiutarla ad organizzare la casa, l'igiene, l'aspetto economico, si è mossa davvero sulla punta dei piedi e passo dopo passo lo condivideva con infermiere e psichiatra. (AS11)

le osservazioni delle Oss che vanno a casa sono importanti, avere incontri con le Oss che vanno a casa, che portano il loro pezzo di osservazione, è fondamentale anche perché queste sono situazioni complesse. Lavorare con un paziente con certe sintomatologie anche dal punto di vista del carico produttivo dell'operatore che ci lavora, è molto impegnativo. Il rapporto è molto intenso ed è necessario un confronto continuo. (PSII5)

Anche gli assistenti sociali segnalano di avere la necessità negli interventi di assistenza domiciliare di un continuo confronto con l'équipe del centro di salute mentale in modo da fornire agli operatori indicazioni sulle possibili difficoltà al domicilio:

nel caso di pazienti psichiatriche sono interventi molto calibrati con il supporto della psichiatria. Io prima di mandare un oss in casa di una paziente psichiatrica, voglio poter raccontare con una certa attendibilità quello che potrebbe succedere con questa persona, dare delle indicazioni su come è meglio approcciarsi e avere comunque uno scambio, direi costante, per quanto possibile, con il terapeuta perché se questo non avviene rischiamo di fare dei danni. (AS1)

Un ultimo aspetto emerso dalle interviste è legato al fattore tempo. Nella descrizione dei progetti di sostegno e di controllo delle competenze genitoriali la decisione di sospendere gli interventi a fronte del miglioramento della situazione e del venir meno della preoccupazione per il benessere dei minori viene presentata come un momento che coinvolge tutti gli operatori e le famiglie. Come abbiamo visto con gli studi di Hall sulle caratteristiche delle relazioni familiari queste possono variare considerevolmente non solo tra differenti famiglie, ma nella stessa famiglia in momenti diversi, sia rispetto alla fase del ciclo di vita sia in relazione alla specificità dell'evento critico positivo o negativo che sia. È possibile quindi che gli interventi debbano essere attivati in momenti critici ma devono poi concludersi nel momento in cui le persone hanno riconquistato capacità di gestione autonoma dei propri bisogni e di quelli dei figli. Anche nelle rappresentazioni degli intervistati questo momento è presentato come complesso ma, come emerge dalle parole di AS11 risulta fondamentale anche in quanto permette un rimando positivo sui miglioramenti fatti.

In questa situazione l'idea era quella di non dare degli interventi di assistenza domiciliare a tempo indeterminato perché avrebbero sminuito lo sforzo di autonomia che questa mamma depressa in questi anni ha fatto. Credo che ci sia anche un altro rischio nel senso che ci si asseconda anche molto facilmente. Avere un oss tutte le settimane che viene e ti fa delle cose, poi ti fa imparare a farle un pochino da sola, poi ti aiuta ad organizzarti ad un certo punto magari si può smettere di investire sull'essere capace a farlo da sola tanto c'è chi lo fa per lei. Io ho lavorato tanto su questo e le dicevo "ci sono stati tanti progressi, Angela non ci sarà per sempre, guarda che rispetto al passato tu sei più in grado di.." e così via.

Tra gli interventi attivabili in progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatriche, l'assistenza domiciliare è nelle rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri quello meno controverso. Entrambe le figure professionali lo percepiscono come un vero sostegno dell'adulto: per gli assistenti sociali assume anche la funzione di controllo delle relazioni tra genitori e figli mentre per gli psichiatri, si caratterizza per la possibilità di affiancare il genitore negli aspetti della quotidianità. Sebbene tutti gli interventi si collochino in un quadro di generale riduzione dell'intensità degli interventi l'assistenza domiciliare è spesso garantita in più giorni alla

settimana e per un numero di ore maggiore che tutti gli altri interventi. Ritengo un aspetto interessante quello legato alla formazione degli operatori socio assistenziali. Mentre la presenza di riferimenti teorici aspecifici rispetto alla patologia psichiatrica o ai rischi per i minori sono visti come un limite dagli assistenti sociali e dagli psichiatri questo non sembra avvenire per gli operatori socio sanitari. La formazione di questa figura avviene attraverso un corso professionalizzante di mille ore al quale si accede con il titolo di licenza di scuola media non è pertanto previsto che abbiano una formazione specifica ma sembra verosimile che la mancanza di competenze teoriche permetta a questi operatori di essere un punto di riferimento per la descrizione di ciò che avviene in famiglia. Descrizione che non si accompagna ad una interpretazione di ciò che osservano come invece accade con altre figure professionali. Gli operatori socio-sanitari sembrano appartenere formalmente all'équipe e in questo caso appare rilevante la disponibilità di psichiatri ed assistenti sociali ad incontri con queste figure che permettono di fornire loro indicazioni sulle modalità relazionali da adottare con queste famiglie e di acquisire elementi conoscitivi che sono utili per la valutazione della situazione tanto rispetto agli aspetti psicopatologici quanto alle competenze genitoriali.

Sul piano concreto gli operatori socio sanitari si occupano di bisogni legati alla gestione della casa, dei compiti di accudimento dei figli, sono in grado di instaurare con i pazienti relazioni interpersonali significative che vanno al di là del dato diagnostico. È inoltre da evidenziare che per gli psichiatri questo intervento sembra avere unicamente funzioni di sostegno e appare essenziale per riuscire a favorire l'unità familiare e questo mi pare essere l'aspetto unificante della prospettiva di questa figura professionale. Al contrario, gli assistenti sociali si esprimono a favore di una compresenza di funzioni. Per la possibilità di costituire una forma di rassicurazione sul funzionamento familiare può però accadere che diventi un intervento dilatato nel tempo e che non favorisca una riappropriazione delle competenze da parte dei genitori. Questo rischio mi pare limitato dai citati problemi di riduzione delle risorse che vincolano ad interventi non continuativi.

1.4. L'affidamento intra ed etero familiare e l'affidamento professionale tra cultura professionale e contrazione delle risorse.

Le Linee di indirizzo per l'affidamento familiare approvate dalla Conferenza Unificata in data 25 ottobre 2012 definiscono l'affidamento familiare un sistema d'interventi ad elevata complessità relazionale e gestionale, che necessita di modelli organizzativi e operativi congruenti e rigorosi, compiti e funzioni ben definiti, da

svolgersi con il massimo di professionalità e competenze in cui ogni attore è tenuto ad operare in modo integrato, riconoscendo l'altro come interlocutore e come risorsa indispensabile al buon andamento del progetto. L'affidamento familiare si fonda su una visione positiva delle possibilità di cambiamento delle persone e in particolare dei bambini, concezione validata empiricamente dalle positive esperienze realizzate negli ultimi decenni e dai recenti studi sulla resilienza, che dimostrano che i bambini possono far fronte in maniera positiva a eventi traumatici di varia natura e intensità quando sono sostenuti da una rete sociale all'interno della quale sviluppano relazioni interpersonali significative e di effettivo sostegno alla crescita (Linee indirizzo per l'affidamento familiare, 2012:1). La legge n. 184/1983, così come modificata dalla legge n. 149/2001, rafforza sia il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito della propria famiglia, sia il diritto del minore a crescere e ad essere educato nell'ambito di una famiglia differente dalla sua. Come abbiamo visto nel primo capitolo il minore ha diritto ad essere educato nell'ambito della propria famiglia e a tal fine a favore della famiglia d'origine sono disposti interventi di sostegno e di aiuto. La legge all'art. 2 prevede che il minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo sia affidato ad un'altra famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola, in grado di assicurargli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui egli ha bisogno e solo ove questo non fosse possibile è consentito l'inserimento in una comunità di tipo familiare o, in mancanza, in un istituto. Si sottolinea che i minori di sei anni possono essere inseriti solo presso comunità di tipo familiare.

Prima di proporre l'affidamento familiare i servizi sociali devono, prioritariamente, porre in essere tutti gli interventi di sostegno alla famiglia, affinché questa, anche con il supporto della rete parentale e delle reti informali di solidarietà, riesca ad esprimere appieno le proprie risorse potenziali, assicurando un ambiente idoneo a consentire il permanere dei minori al proprio interno.

Le linee guida citate definiscono nello specifico modalità e caratteristiche dell'affidamento residenziale, altre due tipologie di affidamento quello diurno e quello professionale possono costituire strumenti di sostegno alle competenze genitoriali attivabili in situazioni nelle quali le famiglie sono caratterizzate da difficoltà nella gestione dei figli a fronte della presenza di una patologia psichiatrica.

Gli assistenti sociali intervistati evidenziano che l'affidamento in molte situazioni corrisponde ad una scelta secondaria legata all'impossibilità di inserimento in comunità e viene motivata su un piano economico e non culturale o teorico. Il rischio è quello di un fallimento progettuale con rilevanti ricadute sulla salute dei bambini e sulla relazione con i loro genitori. Rispetto al punto non emergono dalle interviste ipotesi connesse nello specifico ai genitori con patologia psichiatrica. In generale gli assistenti sociali ritengono che in situazioni di gravità di problematiche relazionali o di carenza nelle competenze di cura dei nuclei familiari di origine la scelta iniziale debba essere la comunità residenziale per minori e non l'affidamento familiare, ad eccezione del caso di bambini nella fascia di età 0-3 anni. Ritengo che questa posizione possa essere legata alla necessità più volte evidenziata dagli intervistati di interventi effettuati da

professionisti in grado di accogliere e gestire la sofferenza di minori allontanati da nuclei familiari con gravi carenze soprattutto se pensiamo al fatto che gli interventi di allontanamento sono definiti ormai prevalentemente in situazioni di gravi danni ai danni di minori.

Si rileva inoltre come la carenza di disponibilità per gli affidi diurni, visti come un reale sostegno alle famiglie, abbia reso necessaria l'individuazione di altre strategie.

Risulta molto utilizzato l'intervento dell'affido professionale: sono dieci le assistenti sociali che riferiscono che nel loro ente questo intervento viene utilizzato e due affermano che è una soluzione verso la quale il servizio si sta orientando. L'affido professionale garantisce un maggiore numero di ore settimanali ed una maggiore una flessibilità. Nelle esperienze degli assistenti sociali intervistati l'affidatario professionale è un giovane studente, tendenzialmente dei corsi di laurea in psicologia, servizio sociale, scienze dell'educazione.

Nella situazione che presenta ASI la scelta di ricorrere all'affidamento professionale è dettata dalla mancanza della risorsa alternativa dell'affidamento diurno di famiglia a famiglia che

poteva far sperimentare a questi bambini anche un ambiente familiare, tipo, il sabato e la domenica quando non fanno mai niente. L'affido diurno potrebbe essere appunto una famiglia che dice, oggi andiamo in montagna a giocare con la neve, venite anche voi, e non trova la rigidità da parte di questi genitori, che magari si passano la domenica, a fare coppia.

Questo intervento ha obiettivi differenti da quelli dell'educativa domiciliare e viene attivato non in situazioni nelle quali occorre valutare le competenze genitoriali ma in situazioni nelle quali il nucleo familiare ha bisogno di forme di sostegno flessibili e rivolte ad ambiti specifici che riguardano la socializzazione dei bambini:

l'affidamento professionale (ndr) è una scelta. È una scelta perché l'intervento educativo, sarebbe superfluo in questo momento. Io non ho bisogno di capire come questa donna si comporta con i suoi bambini, perché lo so. Ho bisogno di qualcuno che sostenga questi bambini perché hanno bisogno di aiuto, concreto, in alcune attività della giornata. L'intervento educativo può avere fondamento laddove possono venire fuori delle lacune, per esempio rispetto al passaggio delle regole, alla relazione tra mamme e

bambini, o papà e bambini, allora li si che mi serve l'educatore. (AS1)

L'affido professionale si differenzia dagli interventi domiciliari per una maggiore flessibilità oraria e per la possibilità di supporto in ambiti informali è ancora AS1 che sottolinea questi aspetti:

l'affido professionale si può modellare con un monte ore più elevato, non è così tecnico e quindi può coprirmi dei bisogni che vanno dall'accompagnamento, allo stare in casa, avere un occhio rispetto alla dinamica familiare, può essere anche un po' di supporto a questa mamma, nel momento in cui si trovano insieme fare delle cose con i bambini.

Come detto, a fronte della carenza di disponibilità per gli affidamenti diurni e della contrazione delle ore di educativa territoriale, alcuni enti che inizialmente non condividevano la scelta di utilizzare interventi di affidamento professionale hanno iniziato ad introdurlo:

si è molto alzato il livello di affidi professionali andando un po' a compensare l'intervento educativo classico individuale che si attuava di più un tempo. Per scelta il mio ente non ha mai nel passato avuto affidi professionali, era contrario perché sembrava una forma di occupazione in nero, di futuri professionisti. Negli ultimi anni vi abbiamo ricorso anche noi per far fronte a tutta una serie di esigenze di famiglie di minori che altrimenti non avrebbero avuto risposte. (AS5)

negli ultimi due anni hanno preso molto piede gli interventi di affidamento professionale in cui dei volontari selezionati che hanno una formazione specifica, quindi o in campo educativo o in campo psicologico, o come assistenti sociali affiancano le famiglie. In situazioni in cui i genitori sono un po' trascuranti magari sul piano scolastico, dove c'è davvero una necessità anche educativa, viene un po' utilizzato questo, questo tipo di sostegno. Fanno un minimo di tre pomeriggi a settimana, a volte vengono anche inclusi il sabato e la domenica. Sono interventi orientati al minore e alla famiglia: si sostituiscono alla famiglia in cose che la famiglia non è in grado di portare avanti e sono uno stimolo per dare degli spunti, dei supporti educativi che poi la famiglia riesca poi magari, speriamo auspichiamo, a riprodurre con il proprio figlio. (AS17)

Rispetto all'affidamento professionale mi sembra di poter dire che in un continuum da maggiore a minore sostegno o controllo questo intervento per gli assistenti sociali si colloca in modo quasi esclusivo tra gli interventi di sostegno non solo al minore ma anche al nucleo familiare nel complesso. Gli psichiatri non fanno valutazioni specifiche di questa declinazione dell'intervento di affidamento. Differente è il discorso dell'affidamento residenziale, sia esso a parenti oppure extra-familiare. Rispetto all'affidamento extra-familiare questo è percepito dagli psichiatri come un intervento che interrompe o limita fortemente le relazioni, "divide le famiglie". Non sempre nella loro percezione all'allontanamento corrisponde un successivo lavoro di recupero delle competenze genitoriali e le forme di incontro tra i bambini ed i genitori non sono valutate sufficienti per un mantenimento del legame affettivo. Una diversa valutazione viene fatta dell'affidamento residenziale a parenti perché ritengono che permetta al genitore il mantenimento di spazi di incontro con i figli ed al contempo permette ai bambini di rimanere in un ambiente familiare. Rispetto agli assistenti sociali vi sono percezioni differenti a seconda del tipo di intervento. L'affidamento diurno e professionale si collocano tra gli interventi di sostegno al nucleo familiare mentre l'affidamento residenziale viene utilizzato come una forma di tutela. Rispetto ai limiti degli interventi, di cui parlerò più avanti, l'aspetto maggiormente evidenziato è quello della difficoltà o impossibilità di progetti di trattamento delle difficoltà genitoriali. Valutato il rischio per i minori gli assistenti sociali segnalano che il servizio sociale non dispone di interventi specifici, per loro *mission* istituzionale i servizi di salute mentale non si occupano di tali disfunzionamenti ed il rischio è che interventi potenzialmente di sostegno temporaneo si trasformino in adozioni mascherate a fronte dell'impossibilità di favorire il cambiamento e l'autonomia delle famiglie.

1.5. L'inserimento in comunità per minori e le strutture madre-bambino.

In questo paragrafo vengono presentati due interventi sui quali assistenti sociali e psichiatri si sono soffermati: gli inserimenti in comunità madre e bambino e gli inserimenti dei bambini senza la loro famiglia.

I presupposti di questi due tipi di inserimento sono differenti, vediamoli brevemente.

Le comunità per minori sono nate come alternativa agli istituti e sono normate a livello nazionale e regionale: devono avere un'organizzazione di tipo familiare, un ridotto numero di ospiti e devono accogliere bambini di età omogenea in modo da garantire attività ed attenzioni coerenti con la loro fase evolutiva. Le esperienze di accoglienza in un ambiente familiare offrono al bambino una prima risposta ai suoi

bisogni e la possibilità di sperimentare relazioni di accudimento ed educative carenti nella famiglia di origine. L'allontanamento del minore dal nucleo familiare avviene unicamente in situazioni di grave rischio per il suo sano sviluppo psicofisico o a seguito di un percorso di valutazione delle competenze genitoriali nel quale si è verificata l'incapacità del ruolo parentale o in situazioni di emergenza di abbandono morale e materiale o di maltrattamento fisico e abuso sessuale.

Le comunità per gestanti e per madri con bambino sono strutture di tutela sociale e sostegno alla genitorialità ed hanno la finalità primaria di assicurare la protezione dei bambini che stanno per nascere o dei minori, investendo a tale scopo soprattutto sul sostegno e sullo sviluppo delle capacità genitoriali. I riferimenti normativi non identificano *standard* differenti da quelli di personale o strutturali, non prevedono cioè una strutturazione legata alle caratteristiche ed ai bisogni delle madri. Le comunità madre-bambino nella Regione Piemonte sono rivolte al trattamento di genitori con difficoltà legate a problemi di dipendenza patologica da sostanze dei genitori, problemi sociali, violenza domestica.

Sono due gli aspetti di criticità rilevati dagli intervistati rispetto ai due strumenti. Il primo è legato alla situazione di crisi economica dei servizi socio-assistenziali e si riferisce nello specifico ai progetti di inserimento in comunità per i soli minori e viene presentato unicamente dagli assistenti sociali. Il secondo è connesso all'assenza di strutture comunitarie per mamme e bambini dedicate e preparate alla gestione di situazioni di genitori affetti da patologia psichiatrica. La difficoltà connessa a questo secondo elemento è tema di riflessione tanto da parte degli assistenti sociali che degli psichiatri.

Sul primo punto una recente ricerca di Bertotti (2011) ha indagato il fenomeno della riduzione degli interventi di allontanamento dal nucleo familiare e del numero di inserimenti in comunità dei soli bambini evidenziando come una delle motivazioni sia lo spostamento dell'asse culturale del Tribunale per i Minorenni da una prospettiva di maggiore tutela dei minori ad una di protezione della famiglia. I risultati della ricerca di Bertotti ipotizzano che questo spostamento, effetto delle diverse proposte di riforma della giustizia minorile, sia caratterizzato anche da aspetti connessi alla carenza di risorse.

Nelle loro percezioni gli assistenti sociali coinvolti nella mia ricerca riconducono la riduzione non tanto all'Autorità Giudiziaria che, come vedremo più avanti, viene spesso utilizzata in modo strumentale per avere la possibilità di attivare interventi a favore delle famiglie, quanto a scelte degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali.

È importante evidenziare come il dato numerico conferma la percezione di riduzione dell'utilizzo di tali strumenti: si rileva che il numero complessivo di minori in affidamento residenziale al 31.12 di ogni anno è diminuito di circa il 16% dal 2007 al

2010, laddove il numero di minori in comunità è diminuito dell'8% ed il numero di affidi diurni si è incrementato del 175%⁵².

La riduzione dell'inserimento di minori in comunità non sembra collocarsi nel pensiero degli operatori in un quadro di revisione delle linee guida e delle procedure per la tutela dei minori e non appare orientata da ricerche sui possibili danni degli interventi di allontanamento quanto invece su un piano economico.

AS1, un'assistente sociale con vent'anni di esperienza nell'ambito dei servizi per le famiglie e per i minori, è molto esplicita al proposito:

non ci sono soldi e quindi diciamo che la comunità non ha più un significato. Per la progettualità sui minori ci accontentiamo di interventi simili quali l'affidamento e questo va a ridurre sicuramente la spesa ma incide molto sulla qualità di intervento.

Queste considerazioni sono trasversali a tutte le assistenti sociali intervistate indipendentemente dagli anni di esperienza e dall'esito del progetto di cui hanno parlato nel dettaglio (allontanamento o permanenza nel nucleo familiare, patologia psichiatrica lieve o grave), è dello stesso parere AS4 che lavora da circa dieci anni come assistente sociale in un consorzio della cintura torinese:

l'inserimento in comunità oggi, del solo bambino, è poco utilizzato, sicuramente per problemi di natura economica, perché non penso sia venuto meno il senso. È uno spazio di crescita diverso dalla propria famiglia di quel bambino ma sembra che oggi gli inserimenti in comunità non si possano più fare per chissà quale motivo però una comunità ha un senso, lo ha avuto in passato, lo avrebbe anche adesso in certe situazioni. L'intervento oggi lo si critica per un discorso economico.

AS1 continua le sue riflessioni con attenzione alle ricadute che queste scelte possono avere nella vita dei bambini. Si interviene con un rischio di fallimento molto alto e questo crea problemi ai bambini, viene minata la credibilità e la fiducia dei cittadini nei confronti dei servizi:

è un intervento non calibrato al bisogno di quella situazione, di quella famiglia, di quel bambino. Facciamo degli interventi di affido che rischiano di fallire e falliscono nel giro di poco perché abbiamo sovrastimato le risorse della famiglia affidataria come strumento progettuale.

⁵² Fonte dati Regione Piemonte Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza - report inserimenti residenziali e in affidamento anno 2010 e 2011. <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/osservatorio/>

Come per altri interventi che possono essere attivati ritorna nelle parole di AS1 il tema delle competenze professionali che dovrebbero caratterizzare gli interventi e che non possono essere presenti in famiglie affidatarie. AS1 segnala inoltre come la scelta dovrebbe tenere conto non unicamente dell'aspetto economico ma delle reali necessità dei bambini:

il fatto che un bambino vada in affido o in comunità non dipende dall'età ma dalla gravità e dal danno che ha subito. Il processo metodologico che abbiamo sempre sostenuto in qualche modo viene attaccato da questa posizione che non ha alle spalle un pensiero teorico ma un bisogno di risparmio economico, questo è il rischio più grosso che stiamo correndo.

Rispetto al secondo strumento, l'inserimento in comunità madre-bambino, si rileva come tutti gli psichiatri intervistati lo ritengano un intervento di reale sostegno delle capacità genitoriali. Su un piano teorico in numerose situazioni seguite nel corso della carriera professionale avrebbero preferito una proposta di questo tipo piuttosto che il ricorso all'inserimento comunitario del solo bambino o all'affidamento residenziale poiché tale soluzione permette una reale valutazione e sostegno delle competenze materne e non viene visto come un'interruzione del legame come invece avviene per gli altri interventi di allontanamento. Sembrerebbe che nell'opinione degli psichiatri gli interventi che dovrebbero essere temporanei e finalizzati al miglioramento delle competenze parentali siano in realtà delle forme estreme di tutela dei minori che non prevedono in alcuna situazione un loro rientro con i genitori o, quantomeno, la possibilità di continuare comunque a far parte della vita dei figli nelle modalità e con le capacità di cui dispongono.

Gli assistenti sociali concordano con la posizione degli psichiatri ed evidenziano che le strutture comunitarie per mamme e bambini non sono adeguate alla gestione di madri con patologie psichiatriche poiché hanno *mission* differenti e gli operatori non hanno le competenze necessarie per la gestione di aspetti connessi alla psicopatologia dell'adulto. Il rischio è che queste strutture, che su un piano teorico potrebbero garantire la tutela dei bambini ma contestualmente un lavoro di sostegno e di recupero delle competenze genitoriali, nella pratica si rivelino non in grado di assolvere a questa seconda esigenza e si trasformino quindi in interventi di sola tutela dei bambini. Evidenziano inoltre che anche questo tipo di progetto è fortemente limitato dalle difficoltà economiche che gli enti stanno affrontando.

Quando tu fai le conclusioni e proponi un progetto, se prima magari eri sicuro che andava bene l'intervento in comunità mamma/bambino, adesso sai che sono due rette al giorno, 200 euro, e sai già che per un caso così, tre-sei-nove mesi ce li devi fare. Se sette anni fa tu lo proponevi e andava bene così, adesso si valuta molto l'aspetto economico e non sappiamo mai se le nostre proposte saranno accettate.

Come emerge dalle parole di AS8 che lavora da meno di dieci anni in un consorzio della provincia di Alessandria, in questo tipo di intervento la riduzione delle risorse impedisce di strutturare percorsi di sostegno alle competenze genitoriali e la situazione genera incertezza sull'esito delle proposte che vengono formulate a fronte della valutazione professionale. Questo sembra incidere sull'autonomia professionale, tema sul quale si tornerà più avanti.

Si aggiunga a ciò che mentre in passato era possibile un inserimento di questo tipo con una condivisione del pagamento della retta da parte dei dipartimenti di salute mentale oggi tale intervento trova molti ostacoli anche sul piano della possibilità di compartecipazione.

Tornando alla possibilità di reale sostegno di madri con patologia psichiatrica in strutture comunitarie la ricerca conferma che si tratta di uno strumento controverso. Ricordiamo che tra le 37 situazioni presentate solo per cinque è stato definito un intervento di questo tipo. In una sola delle situazioni ha portato al rientro a domicilio di madre e figlio mentre nelle altre i bambini sono stati inseriti in famiglie affidatarie a seguito del fallimento del progetto comunitario. Al di là di queste specifiche situazioni assistenti sociali e psichiatri hanno espresso notevoli perplessità su un piano generale rispetto a tale intervento.

Spesso gli operatori a fronte della mancanza, in Piemonte, di comunità specifiche per la gestione di situazioni di donne madri affette da patologia psichiatrica si trovano a dover valutare "il meno peggio". Lo evidenzia tra gli altri PSI7 che condivide la necessità di offrire alla sua paziente un intervento educativo in ambito comunitario per migliorare le sue competenze genitoriali tutelando al tempo stesso lei ed il figlio:

eravamo d'accordo sul fatto che entrasse in una comunità mamma bambino, però sul tipo di comunità abbiamo scelto la meno peggio. Diciamo così: abbiamo scelto quella che aveva le caratteristiche che potevano andar bene per tutta una serie di questioni, consapevoli che funzionano anche un po' a seconda degli operatori presenti. Una comunità mamma bambino non ti dà la possibilità di avere un'assistenza psicoterapica e così ne abbiamo scelta una vicina in modo che avesse la possibilità di mantenere comunque un legame anche settimanale con il CSM.

In alcune situazioni un intervento di inserimento in comunità madre bambino permetterebbe di offrire uno strumento per il miglioramento delle competenze relazionali ma la mancanza di strutture in grado di gestire la complessità di alcune situazioni fortemente influenzate dal quadro psicopatologico impedisce la realizzazione del progetto. Anche per questo strumento gli intervistati evidenziano l'idea che in questo tipo di situazioni non sia possibile intervenire senza una professionalità

specifica in grado di coniugare le esigenze dei bambini con quelle delle loro madri. È il caso di AS2 che evidenzia come in una fase progettuale precedente all'allontanamento del bambino ed al suo inserimento in affidamento familiare l'*équipe* avesse ipotizzato un inserimento comunitario reso poi impraticabile a causa della difficoltà di gestione della patologia della madre affetta da un disturbo di personalità. L'inserimento in comunità avrebbe esasperato le criticità invece che ridurle:

le caratteristiche personali della mamma avrebbero reso l'inserimento in comunità mamma bambino non uno strumento utile per aiutarla. Credo che al contrario avrebbe messo più in luce le criticità: questa mamma non si riconosceva, ed effettivamente non aveva, un problema di autonomia o di competenza nel concreto. Questi aspetti sono sostenibili da un educatore di comunità. I problemi erano le difficoltà di relazione, gli agiti aggressivi, la difficoltà a darsi un'organizzazione di vita e l'incapacità di riconoscere questo problema. L'inserimento in comunità sarebbe stato un modo per verificare che avrebbe aggredito qualcuno e sarebbe scappata due ore dopo senza aver neanche potuto dimostrare che le competenze ce le aveva.

PSII ha seguito la situazione di una madre alla quale sono state allontanate le tre figlie dopo un periodo di un anno in una comunità madre-bambino. Si rilevano le stesse difficoltà evidenziate da AS2 poiché le caratteristiche di personalità della madre, legate ad un disturbo di personalità, non riescono ad essere gestite dagli operatori:

c'è stato un periodo in cui la madre e le bambine sono state inserite in una comunità madre bambino. Il progetto è durato circa un anno e in questo periodo ci sono state due grandi crisi depressive della signora che ha perso di vista assolutamente le bambine. È stata a quel punto inserita per un breve periodo in una delle nostre strutture e poi si allontanata dalla comunità dove era inserita con le figlie non preoccupandosi assolutamente di come stavano le bambine. Il problema, in realtà, è stata la tolleranza alle regole di comunità e questo è legato alla sua patologia di base, un disturbo di personalità che non le permette di riuscire ad entrare in un ordine di regole precise. Quello che capitava è che si sentiva continuamente giudicata dalle educatrici che non avevano le competenze per gestire la situazione.

AS2 sottolinea che le comunità madre e bambino hanno competenze e *mission* legate ad altre tipologie di fragilità familiari: i rischi di un fallimento dell'inserimento sono legati a questo aspetto e non alle caratteristiche diagnostiche delle madri:

le comunità che conosco non avrebbero avuto le competenze e la mission. Le donne che vengono inserite in comunità sono donne maltrattate e non è questo il caso, hanno limiti nell'autonomia ma questa signora non aveva questi problemi.

La mancanza di strutture specializzate costituisce un problema rilevante e gli operatori si chiedono se siano davvero interventi utili quelli effettuabili:

spesso ci si trova a dover gestire queste mamme nelle comunità per tossicodipendenti quindi pensate e organizzate per persone con problematiche completamente differenti. Non sai mai se fai un intervento, diciamo, in qualche modo costruttivo o utile. Dovrebbe essere una fase temporanea dove si si può dare l'aiuto necessario al bambino e anche alla mamma in un ambiente idoneo. Da lì si potrebbe progettare un percorso di maggior autonomia, di uscita. Ma queste comunità mancano e magari sei costretto a scegliere la famiglia affidataria. È una mancanza che avverto anche perché ho l'impressione che stiano aumentando le situazioni di questo tipo. (PSI15)

Le difficoltà connesse all'utilizzo di interventi di inserimento in comunità sono rilevate da molti operatori intervistati, percepiscono che la mancanza di risorse adeguate alle necessità delle pazienti rende il lavoro meno incisivo, residuale, sembra molto limitata la possibilità di offrire un sostegno coerente con le difficoltà delle mamme con patologia psichiatrica. E' interessante sottolineare come per gli psichiatri l'inserimento in comunità madre-bambino sia, insieme all'assistenza domiciliare, l'unico intervento che si connota chiaramente per funzioni di sostegno delle competenze genitoriali delle pazienti psichiatriche. La percezione della insufficienza degli interventi di sostegno verrà affrontata più avanti quando si presenteranno i risultati sul punto specifico dell'utilità degli interventi nel loro complesso.

1.6. La segnalazione all'autorità giudiziaria: obbligo, strumento, sfondamento del limite.

L'obbligo della segnalazione è contenuto nelle due leggi sull'adozione e l'affidamento (la 184/1983 e la 149/2001) e prevede, come abbiamo visto nel primo capitolo, la segnalazione di tutte quelle situazioni nelle quali il minore sia in una

situazione di abbandono materiale e morale e, per analogia, in situazioni di grave pregiudizio.

Le riflessioni degli assistenti sociali si collocano su posizioni sostanzialmente univoche rispetto al significato attribuito alla segnalazione: in nessuna delle situazione viene letto come un adempimento di legge.

La segnalazione è vista invece come uno strumento per tutelare i minori vincolando alla collaborazione la coppia genitoriale. In questa prospettiva, la segnalazione all'autorità giudiziaria diviene una fase del percorso di sostegno e controllo delle competenze genitoriali, uno strumento che permette di innescare un cambiamento sia nel momento in cui effettivamente viene inviata la segnalazione ma anche in una fase precedente nella quale si esplicitano le preoccupazioni sul percorso:

si mette a nudo con i genitori, il fatto che se la situazione non viene affrontata, se non ci diamo dei tempi, si potrebbe anche arrivare al coinvolgimento di un autorità giudiziaria ed eventualmente anche proporre interventi di sostegno esterno alla famiglia. (AS5)

Anche AS7, seppur consapevole degli obblighi di legge, attribuisce alla segnalazione all'autorità giudiziaria un grande potere nella possibilità di continuità della relazione e nella legittimazione del proprio intervento:

in situazioni di questo tipo gioco a carte scoperte. Il tribunale da un lato mi serve per evitare che le persone ad un certo punto, mi dicano ciao e se ne vadano via: se c'è un decreto ho anche un autorità reale, non solo data dal ruolo e dal rapporto o dalla relazione che si crea, perché dico "non puoi andartene, perché il tribunale dice che tu hai l'obbligo di collaborare", quindi mi può servire e in determinate situazioni. Poi naturalmente c'è anche un discorso di obbligo. Di fronte a certe situazioni io ho comunque l'obbligo di segnalare, ma, in generale, utilizzo in maniera strumentale il decreto del tribunale.

Una terza motivazione alla base della decisione di segnalazione all'autorità giudiziaria, non indicata dalla modesta letteratura in materia ma segnalata recentemente da magistrati minorili, deriva dalla necessità di far fronte a vincoli organizzativi.

La segnalazione in questa prospettiva è finalizzata ad ottenere un decreto nel quale si richiede la presa in carico della situazione da parte di altri servizi specialistici, il centro di salute mentale o la psicologia dell'età evolutiva, e consente all'assistente sociale di proporre interventi di sostegno che hanno un costo per l'ente di appartenenza. Il "tentativo di sfondamento del limite" diviene una strategia che sembra essere figlia della crisi del sistema dei servizi improntato sempre più alla gestione di situazioni di urgenza piuttosto che alla prevenzione. È ancora AS7 a rappresentare in modo chiaro questa possibilità:

la segnalazione al tribunale mi serve biicamente per attivare degli interventi. In carenza di soldi se ho l'autorità giudiziaria ho più speranza che vengano attivati, mi serve per avere la collaborazione di altri servizi.

Similmente AS5, un'assistente sociale che lavora per un consorzio di comuni associati nella gestione dei servizi socio assistenziali, afferma che:

a causa dei tagli, il servizio ha operato delle scelte non così condivise dagli operatori. Noi fino a un paio di anni fa potevamo arrivare anche a dei progetti di tutela anche su base consensuale, cioè senza il coinvolgimento dell'autorità giudiziaria o comunque con un coinvolgimento dove si andava a far presente all'autorità giudiziaria, che la persona condivideva quel tipo di progetto, che i genitori condividevano quel tipo di progetto e che c'era accordo, c'era consenso. Adesso non più. Adesso a causa dei tagli economici gli inserimenti in comunità piuttosto che in casa famiglia, piuttosto che in affido, o qualsiasi cosa, possiamo attivarli se c'è un decreto dell'autorità giudiziaria che li definisce, che li stabilisce, che li prescrive.

L'estremizzazione di situazioni nelle quali la richiesta di un intervento coatto viene fatto strumentalmente per ottenere la collaborazione di altri servizi emerge dalle parole di AS4 che afferma di sentirsi costretta a mantenere aperto il quadro giuridico non per una reale motivazione connessa al rischio che i bambini possono correre ma per una rassicurazione legata all'obbligo della collaborazione:

a volte ho l'angoscia di mantenere il quadro giuridico intorno, perché questo mi permette di avere conoscenza del loro operato (si riferisce al lavoro del centro di salute mentale, ndr). Quando questo quadro giuridico si chiude, io le situazioni le perdo, ho la paura che mi sfugga il loro stato mentale, la loro situazione clinica, lo stato psicologico, come stanno. Questa parte qua mi sfugge se il tribunale chiude il procedimento. (AS4)

Come emerge dalle parole di AS2 l'utilizzo della segnalazione per quello che ho definito "il tentativo di sfondare il limite" genera nell'operatore sentimenti di frustrazione e di impotenza anche perché incide sull'autonomia professionale, sulla possibilità di controllare il proprio lavoro.

L'indicazione che io ho da un anno e mezzo è che posso attivare interventi che abbiano una prescrizione del tribunale oppure

una valutazione dell'umvd⁵³. Quindi nel caso di minore privo di patologia e in assenza di un decreto non posso attivare nulla che abbia un costo. Ho le mani legate.

Ancora AS5 sottolinea come questa scelta, effettuata per poter avere la disponibilità di risorse aggiuntive, incide sulla possibilità di lavorare per la consapevolezza e l'accordo delle persone:

questo io personalmente lo percepisco come una grossa perdita. Nel lavoro con le famiglie multiproblematiche quella fascia grigia, cioè quella fase in cui si lavorava per il consenso, era utilissima. Se la famiglia viene dietro nel percorso agli operatori, se si fida, si affida ai servizi, si può arrivare anche a fare delle cose molto grosse, magari anche molto dolorose ma con il consenso, dandone un senso. Adesso non è più così, non c'è più per me come operatore questa possibilità. Se sono necessari interventi più forti si dice alla famiglia che si scriverà in tribunale per proporre quello.

Rispetto all'autorità giudiziaria emerge in alcuni operatori il pensiero che non sia più un'autorità terza, che si stia cioè adattando alla crisi del sistema dei servizi. AS3 afferma di avere strumenti limitati, scarsa autonomia professionale e riduzione della fiducia nei confronti della reale terzietà del tribunale per i minorenni:

così tappi un po' i buchi in questo periodo, e tante volte ti accorgi, si accorge l'utente, ti accorgi tu che stai tappando i buchi. E lavori perché devi lavorare, ma non dai delle risposte, lo sai molto bene, sempre di più è così e su tutte le situazioni, anche le più gravi. Anche il tribunale comincia a "pigliare quest'aria" perché sa che i consorzi sono in difficoltà. Questo lo trovo grave, perché una valutazione giuridica, deve essere una valutazione giuridica, punto.

La segnalazione di una situazione al tribunale per i minorenni oltre a modificare il contesto della relazione con la famiglia può costituire un momento di conflittualità nella relazione tra assistenti sociali e psichiatri. Si dirà di questo nel capitolo successivo.

Alcuni aspetti di sintesi mi sembrano particolarmente interessanti. Mentre per gli psichiatri la segnalazione all'Autorità Giudiziaria ha unicamente un valore di controllo delle famiglie, per gli assistenti sociali la cornice giuridica viene spesso utilizzata in maniera strumentale per riuscire a potenziare il sostegno che può essere offerto alle famiglie. Come ho detto in precedenza, l'intervento del Tribunale per i Minorenni può avere la funzione di obbligare il genitore ad un rapporto di collaborazione con il

⁵³ Unità multidisciplinare di valutazione minori

servizio sociale ma prevale l'idea che sia uno strumento da utilizzare per vincolare alla collaborazione i servizi specialistici per la salute mentale e della psicologia dell'età evolutiva. Inoltre a fronte della riduzione delle risorse che i servizi socio assistenziali possono mettere in campo per il sostegno delle famiglie le indicazioni degli Enti gestori spingono ad intervenire in situazioni di rischio conclamato e non presunto limitando la possibilità di proposta di interventi in ottica preventiva. In questa situazione i rischi si collocano su due livelli. Da un lato la necessità di un dispositivo dell'Autorità Giudiziaria che prevede l'attivazione di servizi ha l'effetto di ridurre la possibilità di un lavoro con le famiglie nel quale si ricerca l'accordo e la consapevolezza delle situazioni di difficoltà. Questo lavoro, in passato, poteva portare all'attivazione di progetti di sostegno dei minori senza dover ricorrere al Tribunale ed era maggiormente chiaro per le famiglie che il lavoro si collocava in un contesto di sostegno. Di converso oggi le famiglie devono affrontare l'iter giudiziario, la convocazione di fronte al giudice minorile e questi elementi portano ad una maggiore complessità della relazione con i servizi che sono vissuti come punitivi. Un ulteriore rischio è legato al fatto che il mantenimento della cornice giuridica permette agli assistenti sociali una rassicurazione sulla continuità della collaborazione degli psichiatri e questo risulta particolarmente squalificante nei confronti delle famiglie poiché risulta più difficile il riconoscimento dei miglioramenti nelle competenze genitoriali.

2. Gli strumenti professionali di sostegno alle competenze genitoriali: i colloqui professionali di servizio sociale e i colloqui psichiatrici.

Il colloquio è lo strumento professionali principale che gli operatori possono utilizzare nella relazione con le persone. Nella presentazione dei risultati della ricerca dopo una breve introduzione teorica sullo strumento presenterò prima i colloqui professionali di servizio sociale e successivamente quelli clinici per individuare quali caratteristiche assumono nell'ambito di progetti di sostegno e controllo delle capacità genitoriali di pazienti psichiatrici e quali sono gli aspetti critici.

2.1. i colloqui professionali di servizio sociale

Nell'ambito della vasta letteratura di servizio sociale sul colloquio lo si riconosce come strumento fondamentale nel processo di aiuto. È una forma di

comunicazione interpersonale guidata dall'assistente sociale verso uno o più scopi al fine di instaurare con la persona una relazione che favorisca la comprensione reciproca della situazione, permetta di intravedere soluzioni possibili e motivi gli interessati ad impegnarsi nella realizzazione dei compiti connessi con le soluzioni prospettate (Dal Pra Ponticelli, 1987:144).

Attraverso il colloquio è possibile la costruzione di una relazione significativa orientata alla crescita dell'utente ed è possibile l'attivazione di mezzi ed opportunità di cui dispone l'istituzione, delle risorse familiari e sociali.

La relazione non può essere gestita totalmente da uno dei due partecipanti, ma è necessario che sia co-creata da entrambi e dal contesto all'interno del quale si sviluppa.

L'assistente sociale, in quanto professionista, non può sottrarsi dall'affrontare nel corso del colloquio contenuti molto carichi emotivamente, ciò richiede che l'operatore abbia sviluppato un buon livello di conoscenze e tecniche ma anche di approfondimento del suo "saper essere". Deve cioè essere in grado di gestire la situazione con la consapevolezza delle difficoltà che potrà incontrare a fronte di situazioni che risvegliano ansie personali, presenti e passate o che coinvolgono molto il piano emotivo (Campanini, 2002:149 e seg.).

L'assistente sociale deve cercare di stimolare la persona a parlare di sé e ha la responsabilità che l'interazione emotiva sia efficace e soddisfacente e che si sviluppi e permanga una relazione positiva.

2.2. I colloqui psichiatrici.

Il tema del colloquio psichiatrico è molto vasto e non è mia intenzione parlarne in modo completo e diffuso. Come per i colloqui di servizio sociale intendo fare una breve premessa nella quale mi concentro unicamente su aspetti generali utili per comprendere le riflessioni che gli psichiatri hanno fatto rispetto allo specifico dei colloqui con genitori affetti da patologia. La complessità della relazione terapeutica si articola prevalentemente attraverso il colloquio che in psichiatria rappresenta lo strumento principale e significativo per accedere al mondo del paziente. In ambito psichiatrico, la valutazione non è separabile dalla considerazione dei disturbi e delle esperienze del paziente e viene effettuata attraverso colloqui clinici ed anamnestici, eventualmente integrati dalla somministrazione di specifici test per la rilevazione di sintomi riconducibili a sofferenze di cui si conoscono a grandi linee il decorso e l'esito.

L'obiettivo è quello di definire una diagnosi psichiatrica, spesso secondo i criteri nosografici delle classificazioni internazionali del DSM-IV o dell'ICD-10 che abbiamo visto nel terzo capitolo.

Particolare importanza assumono i vissuti del paziente, le loro caratteristiche, il risvolto che questi hanno nelle relazioni interpersonali dell'individuo: la loro

comprensione dipende dalla relazione tra le fonti di conoscenza psichiatrica e la cornice metodologica (teorica e clinica) in cui viene effettuata la diagnosi, cioè dal modello teorico di riferimento dello psichiatra.

La modalità del colloquio psichiatrico riflette teorie e prassi ben precise ed è influenzata dalla dimensione personale del terapeuta che può incidere sulla conoscenza. Sono due le modalità di colloquio psichiatrico prevalenti. La prima è legata ad un modello psicoterapeutico nel quale dinamica affettiva e osservazione sono compresenti, nel secondo l'osservazione coincide con l'esame psichico (Sullivan, 1967).

Effettuata questa brevissima premessa sulle caratteristiche del colloquio di servizio sociale e psichiatrico passiamo a presentare i risultati della ricerca sull'utilizzo di questo strumento professionale.

2.3. Gli obiettivi del colloquio professionale di servizio sociale.

Sono solo tre su venti gli assistenti sociali che non citano il colloquio di servizio sociale tra gli strumenti specifici di lavoro in situazioni di pazienti psichiatrici genitori per i quali si è reso necessario un progetto di valutazione sostegno delle competenze genitoriali. In queste tre situazioni gli assistenti sociali si riconoscono un ruolo di regia di interventi effettuati da altri professionisti, di attivatori di reti e di risorse, effettuano colloqui di ridefinizione degli accordi ma non emergono spazi di lavoro sulle competenze genitoriali:

io faccio dei colloqui con i genitori che principalmente servono per fare un po' il punto rispetto al percorso fatto, a capire dove vogliamo andare, come vogliamo procedere. Solitamente i colloqui sono in stretto rapporto con tutta un'altra serie di interventi come l'affidamento o l'intervento educativo e quindi magari tu raccogli le informazioni dagli altri operatori che lavorano con te. Il lavoro sulla genitorialità lo fanno loro, io rimetto i confini, i paletti, riprendo le famiglie se sono da riprendere su alcune cose o verifico con loro dove sono le difficoltà rispetto agli interventi. (AS18)

Quello descritto appare un ruolo marginale nel quale l'assistente sociale delega ad altre figure professionali gli aspetti di valutazione e sostegno. La scelta di non effettuare colloqui con i genitori in questa situazione è legata alla percezione di non riuscire ad instaurare una relazione significativa e di fiducia, al timore di creare, come vedremo più avanti, problemi al paziente.

I 17 assistenti sociali che affermano di utilizzare il colloquio lo identificano come strumento di conoscenza delle famiglie, di valutazione delle competenze parentali e di monitoraggio della situazione. Questi tre momenti sono collocati all'interno della metodologia del servizio sociale che identifica per l'assistente sociale il processo di analisi e gestione di situazioni problematiche e che si realizza attraverso una sequenza di fasi sempre uguali: analizzare/conoscere, valutare/ipotizzare, progettare/attuare, verificare/validare (Dal Pra Ponticelli, 2013).

L'analisi delle interviste porta ad individuare persona, famiglia e rete come fuochi di attenzione. Quando parliamo di persona ci riferiamo all'adulto genitore ed ai suoi figli, parlando di famiglia intendiamo aggiungere i *partner*, la rete primaria, quando parliamo di rete il discorso si sposta sulle risorse della comunità. Rispetto a questi aspetti sembra esserci una delle più grandi differenze tra assistenti sociali e psichiatri. I primi tendono ad approfondire l'analisi e la valutazione con una prospettiva multi-sistemica, i secondi sembrano maggiormente orientati alla persona che riconoscono come "loro paziente".

Come abbiamo visto nella prima parte, gli interventi di sostegno delle competenze genitoriali e di protezione dei minori si strutturano a partire dalla valutazione dei fattori di rischio per lo sviluppo dei bambini. Abbiamo sottolineato come ogni fattore di rischio, sia se considerato isolatamente, sia in associazione con altri, può essere responsabile solo di una parte delle disfunzioni familiari (Di Blasio, 1996; Hall, 2006). Molte persone, anche i minori, hanno la capacità di mantenere un discreto adattamento anche in condizioni di vita particolarmente sfavorevoli. È possibile che ciò avvenga perché i fattori di rischio che esistono nella loro situazione, sono neutralizzati - o comunque affievoliti - dai cosiddetti fattori protettivi.

La valutazione dei fattori di rischio per le caratteristiche viste sul piano teorico non può essere circoscritta ad una specifica fase del processo di aiuto ma avviene nelle diverse fasi: la valutazione dei cambiamenti è presente nel corso dell'intero progetto di aiuto e le trasformazioni sono possibili grazie agli interventi di sostegno domiciliare o di allontanamento dei minori dal nucleo familiare.

Le osservazioni di tutti i professionisti coinvolti nei diversi interventi sono utilizzate dagli assistenti sociali nel corso dei colloqui per aiutare i genitori nella comprensione delle difficoltà e nell'individuazione di strategie per farvi fronte.

Un secondo aspetto di interesse si collega al contributo teorico relativo alle tipologie di maltrattamento visto nella prima parte.

Questi riferimenti orientano la raccolta delle informazioni e la valutazione delle situazioni di tutti gli assistenti sociali intervistati sebbene, come vedremo nell'ultimo paragrafo, i riferimenti teorici non vengano esplicitati.

Rispetto alla presenza di condotte dannose dei genitori sui figli, tanto le interviste quanto l'analisi dei dati raccolti con i questionari *on line* relativi alle caratteristiche dei nuclei familiari hanno permesso di evidenziare alcuni aspetti comuni.

Riferendosi alle diverse forme di maltrattamento considerate nella prima parte è possibile ipotizzare una bassissima correlazione tra disturbi psichiatrici dei genitori e

forme di maltrattamento fisico: in soli due casi i minori hanno subito maltrattamenti di questo tipo (AS4 e AS7) ed in uno dei due casi si è trattato di una minaccia di maltrattamento in realtà non agita.

Rispetto all'abuso sessuale non vi è alcuna correlazione: in nessuna delle 37 situazioni analizzate è emersa questa forma di maltrattamento. Si può al contrario constatare la presenza di condotte omissive, forme di trascuratezza più o meno rilevanti che influenzano la relazione con i figli e lo sviluppo di legami di fiducia ed attaccamento sicuro nei minori e che sono presenti in tutte le situazioni analizzate. I dati raccolti inducono ad aspettarsi che la malattia psichica dei genitori possa condurre ad assumere condotte inadeguate nei confronti dei figli che non si esprimono in comportamenti abusanti o maltrattanti sul piano fisico ma attraverso comportamenti caratterizzati da una scarsa capacità di fornire delle cure, sia sul piano materiale che sul piano psicologico. Le difficoltà connesse alle relazioni di coppia, alle relazioni familiari ed in generale alle relazioni interpersonali sembrano inoltre favorire situazioni di violenza assistita nelle quali i minori non sono coinvolti come spettatori.

I colloqui professionali di servizio sociale vertono sulla raccolta di informazioni rispetto ai fattori di rischio e di protezione e sull'approfondimento di aspetti conoscitivi legati alle risorse degli interessati ma anche della rete primaria e dalla rete secondaria:

la valutazione della situazione dipende dalle risorse che ha la famiglia. Anche mamme con problematiche psichiatriche rilevanti possono occuparsi dei loro figli se sono inserite in nuclei familiari presenti. Noi sappiamo che quel bambino vive con quella mamma che ha quella patologia ma c'è la nonna, c'è il papà, i servizi sono attivi, la situazione è monitorata dai servizi di salute mentale. Se la mamma collabora, assume la terapia, pur avendo una diagnosi grave noi continuiamo a valutare che il bambino può stare a casa. (AS14)

Tutti gli assistenti sociali intervistati affermano che la presenza di una patologia psichiatrica crea in generale allarme connesso non tanto alla patologia in sé quanto all'età dei figli ed alle difficoltà che manifestano. È inoltre un elemento indispensabile comprendere la prognosi e la ricaduta che la sintomatologia psichiatrica può avere sulla relazione con i figli. Come vedremo nel prossimo capitolo è su questi aspetti che gli assistenti sociali chiedono agli psichiatri di pronunciarsi.

Nella fase di attuazione di interventi di sostegno e di controllo gli assistenti sociali effettuano verifiche sull'andamento dei progetti ma sottolineano come non sia di per sé l'intervento ad essere valutato ma gli effetti che questo genera sul piano delle relazioni familiari e delle competenze parentali:

certo, faccio le verifiche su come va l'affido diurno, l'assistenza domiciliare e se va tutto bene siamo tutti contenti. Però poi facciamo anche il colloquio dove, solo tra adulti, tra operatore e adulti, ci diciamo quali sono i nodi critici, quali sono le loro carenze, quali sono le cose ancora da fare e quali sono le cose che loro non riescono a fare, i motivi per cui magari non riescono a seguire un percorso terapeutico. Lo spazio per la relazione con i genitori nel mio agire professionale c'è molto. Non mi occupo solo dei minori, mi occupo anche della loro famiglia (AS5)

Come sappiamo, un buon esercizio delle funzioni genitoriali o il fallimento nei compiti di cura sono esito di percorsi influenzati da incontri, eventi, legami significativi, condizioni esistenziali (Reder e Lucey, 1995, Di Blasio, 1996, Hall, 2006, Fava Vizziello, 2011).

Il lavoro di valutazione di questi aspetti si colloca nell'ambito di colloqui che sono finalizzati alla consapevolezza dei rischi di comportamenti inadeguati per lo sviluppo dei bambini. Molti assistenti sociali si soffermano su questo punto poiché si tratta di un lavoro sociale e psicologico, effettuato in collaborazione con gli psicologi dell'età evolutiva, che presuppone la possibilità per il genitore di affrontare un percorso di questo tipo. AS1 chiarisce che è un lavoro possibile con i pazienti psichiatrici ma previa valutazione di opportunità da parte dello psichiatra:

il mio lavoro nel corso dei colloqui è di riflessione delle ricadute delle difficoltà personali sulla genitorialità. Con i genitori io devo lavorare per far comprendere quali possono essere i danni sui minori. Il lavoro sulla genitorialità, sulle competenze, sulla consapevolezza, non può avvenire se non c'è una presa in carico da parte del servizio degli adulti che si occupa della cura della persona. È la cura che rende poi possibile un lavoro sulla genitorialità. Con un paziente psichiatrico non in cura il mio lavoro è fallimentare in partenza. Lo psichiatra mi deve dire se questa persona è in grado di reggere un colloquio sociale e psicologico sulla genitorialità. Io non posso rischiare di fare un colloquio in cui lo manderei ancora più in crisi e così confermerei la sua incapacità.

Anche AS5 si sofferma sul tema del riconoscimento delle difficoltà affermando però che occorre riconoscere i limiti delle persone. La consapevolezza che gli operatori vorrebbero raggiungere non è sempre possibile ed occorre in alcuni casi ridimensionare le proprie aspettative:

il riconoscimento della difficoltà magari non è come ce l'hanno in mente gli operatori perché forse sarebbe doloroso. Pochi

riescono a fare questo tipo di lavoro. E' importante però riuscire a far capire che effettivamente, senza volerlo, una parte di loro ha inciso negativamente sui loro figli può essere stato un loro comportamento, un loro stile di vita, le difficoltà nel rapportarsi con l'altro, il modo di viverci come genitori. Mi vengono in mente situazioni in cui eravamo partiti con una tutela molto forte, molto alta rispetto ai minori, richiedendo anche un'apertura di adottabilità. Poi grazie a un lavoro tra servizio sociale, servizio specialistico si è arrivati a proporre non il rientro a casa dei bambini, perché questo non era ancora possibile, però la chiusura dell'adottabilità e l'affidamento residenziale con frequentazione assidua con i genitori. In questo senso c'è stato un lungo lavoro che ha prodotto un risultato significativo importante, il legame non si è interrotto, non si è interrotto mai, e i genitori stanno molto meglio di quando siamo partiti. (AS5)

Emerge dalle parole di AS5 come la possibilità di attendere il cambiamento, il miglioramento delle condizioni psichiche, la comprensione delle difficoltà possa permettere anche nelle situazioni più gravi di non interrompere i legami tra genitori e figli salvaguardando la relazione. Questa considerazione apre il discorso rispetto al fattore tempo. Sono molti gli assistenti sociali che si soffermano su questo aspetto evidenziando come i tempi necessari per la consapevolezza dei problemi e per il cambiamento possano essere troppo lunghi rispetto all'evoluzione dei bambini, il discorso si collega agli interventi di tutela dei bambini. Emerge che l'attesa è compatibile nelle situazioni in cui i bambini sono stati allontanati dal nucleo familiare ed hanno la possibilità di sperimentare relazioni positive e continuative con altri adulti. In queste situazioni, come abbiamo visto con AS6 è possibile salvaguardare i rapporti. La situazione non appare invece possibile se i bambini vivono insieme ai genitori. In questo caso prevale la necessità di tutela:

quando le fragilità e le difficoltà personali del genitore richiederebbero anni e anni di lavoro solo per arrivare a un risultato minimo di riconoscimento o di cambiamento e sostanzialmente al servizio richiedono solo interventi concreti bisogna capire se il minimo cambiamento del genitore è sufficiente a far star bene i bambini. Non sempre è possibile aspettare perché ne andrebbe a svantaggio dello sviluppo psicologico di questi futuri adulti. (AS5)

Le difficoltà nella gestione dei colloqui e nella possibilità di incidere sulle situazioni di difficoltà sono quasi sempre riferite alle difficoltà relazionali con i pazienti psichiatrici. Il limite che viene evidenziato è nella possibilità di lavorare sulla

consapevolezza, sulla preoccupazione, in mancanza di conoscenze precise sulla patologia e sugli effetti che può avere, di “fare danni” sottoponendo le persone a situazioni stressanti che non si sa come gestire e che potrebbero avere ricadute sulla loro sintomatologia.

forse ci aspettiamo un livello di consapevolezza da parte di questi genitori, che forse proprio non ce la fanno ad avere e quindi lavoriamo su due piani diversi. Per me sostenere vuol dire anche lavorare sulla consapevolezza del genitore e quando c'è una patologia psichiatrica accertata o presunta forse non sempre è possibile. Per me è difficile avere un approccio differente in base alla patologia perché spesso non ne ho proprio la conoscenza. (AS16)

Le difficoltà di questo lavoro si collocano, nelle situazioni di adulti con patologia psichiatrica sul piano della possibilità di entrare in relazione. Come abbiamo visto nella premessa attraverso il colloquio è possibile la costruzione di una relazione significativa orientata alla crescita dell'utente ma questo è limitato dalla presenza di una patologia psichiatrica che altera i comportamenti delle persone e non permette all'assistente sociale di comprendere le possibilità di comprensione da parte delle persone tanto dei contenuti del colloquio quanto del contesto.

Tra i tanti contributi sul tema ne prendo ad esempio due. In entrambe le situazioni i minori sono stati allontanati dalla madre.

C'è più la difficoltà quando si fanno colloqui con genitori con patologia psichiatrica ad entrare in relazione. Questo avviene soprattutto in quelle situazioni dove non assumono regolarmente il farmaco o se lo assumono sono intontiti. In questi casi il rapporto è meno autentico. (AS18)

Inizialmente era una mamma... era pallidissima, gli occhi spiritati cioè... era proprio un soprammobile... cioè non parlava, era difficile comunicare con lei e quindi questo era quello che passava al bambino. Io non sapevo come relazionarmi, era impossibile instaurare una relazione. (AS7)

In sintesi, emerge che nelle rappresentazioni degli assistenti sociali, come vedremo anche nel prossimo capitolo, non sembra possibile utilizzare lo strumento del colloquio di servizio sociale in situazioni di adulti con patologia psichiatrica, a fronte delle rilevanti difficoltà nell'instaurare una relazione e della mancanza di conoscenza sulla patologia, senza un lavoro di collaborazione con lo psichiatra. Attraverso tale relazione inter-professionale è possibile individuare strategie che facilitano la relazione e che permettono una considerazione degli aspetti psicodiagnostici orientata alle

difficoltà e potenzialità dell'adulto genitore. Le difficoltà che gli assistenti sociali individuano rispetto all'utilizzo di questo strumento professionale rischiano di enfatizzare un ruolo di tutela e controllo rispetto all'abuso e alla negligenza, concentrato sull'identificazione delle difficoltà. Il rischio è quello di ridurre l'attività degli assistenti sociali a puri controllori della vita familiare non riuscendo a considerare centrale la prevenzione e il supporto alla famiglia. Abbiamo visto nel primo capitolo di questo lavoro come l'orientamento normativo si sia evoluto verso una maggiore attenzione alla famiglia ed al supporto delle competenze genitoriali. A livello generale gli assistenti sociali mantengono in questo quadro una duplice valenza di sostegno ai genitori e di protezione dei minori ed in altre sedi (Bertotti, 2012) è stato messo in luce che l'appartenenza degli assistenti sociali a servizi che si occupano di tutela li può portare ad inquadrare ogni elemento informativo nelle cornici della protezione dei minori trascurando le strade dell'aiuto. Risulta interessante richiamare un contributo di Fargion (2007) sui registri cognitivi degli assistenti sociali. Nella sua analisi evidenzia che un primo registro, di tipo razionale, è connesso all'orientamento della tutela e della protezione e porta a considerare i rischi e a sottolineare le carenze dei genitori. Un secondo registro, riflessivo, è invece connesso all'orientamento al benessere della famiglia e porta a valutare i bisogni della famiglia, a coinvolgere i genitori nelle decisioni, trascurando la dimensione del benessere del bambino. La normativa italiana propende per un bilanciamento delle due posizioni, confermato dallo studio di Bertotti del 2012 che evidenzia che ciò è possibile nella misura in cui si riesce a non polarizzare questi due orientamenti. Nell'analisi delle rappresentazioni sull'utilizzo del colloquio professionale di servizio sociale, in situazioni in cui il genitore ha una patologia psichiatrica sembra difficile per gli assistenti sociali mantenere una posizione di equilibrio tra i mandati di sostegno e di controllo. Le difficoltà sul piano relazionale, il prevalere di una dimensione di preoccupazione per i bambini, la mancanza di strumenti di lettura degli aspetti psicodiagnostici sembra irrigidire la relazione con il genitore ed il rapporto rischia di essere caratterizzato dalla sfiducia. Questi aspetti sembrano confermare le ipotesi di fondo e collocare l'intervento in una cornice di tutela/protezione dei minori.

2.4 Obiettivi dei colloqui psichiatrici.

Gli psichiatri come già accennato, non ritengono specifico del loro ruolo un sostegno alle competenze genitoriali. Questo aspetto è maggiormente evidente negli

psichiatri “anziani”⁵⁴, con età superiore ai 40 anni. Utilizzeremo le parole di PSI16 per rappresentare l’idea che gli interventi di questo tipo sono di “seconda intenzione” ma non uno specifico dei centri di salute mentale:

interventi di sostegno alle competenze genitoriali non ce ne sono se non di seconda intenzione. Insomma, si valuta un po' la situazione del paziente, se viene richiesto, ma non si lavora nello specifico su questo ambito. Seconda intenzione significa che la stabilizzazione del quadro clinico del paziente può favorire, diciamo così, l'interazione in ambito familiare ma noi non ci occupiamo direttamente di competenze genitoriali.

Sebbene quasi tutti gli psichiatri abbiano inizialmente affermato di non occuparsi delle competenze genitoriali nel momento in cui è stato chiesto loro di spiegare quali sono i contenuti dei colloqui in questo tipo di situazione è emerso un lavoro finalizzato alla consapevolezza delle ricadute che la patologia può avere nelle relazioni interpersonali e quindi, nello specifico anche sui figli.

La riabilitazione psichiatrica ha progressivamente maturato nel corso degli anni l’attitudine a strutturare con coerenza percorsi terapeutico – riabilitativi per affrontare la disabilità correlata alla malattia mentale grave, in un’ottica di attenzione alla persona e al contesto sociale, di complessità, multidisciplinarietà integrata, valutazione dei processi e degli esiti. Questo approccio è presente in tutti gli psichiatri intervistati.

Gli psichiatri lavorano con i genitori cercando di individuare con loro forze e debolezze in modo che possano sentirsi più sicuri nell’affrontare nuove situazioni. Nel lavoro di indagine sulle potenzialità delle persone un grande spazio viene lasciato alla comprensione di ciò che desiderano:

è importante sapere che cosa la signora dentro lei riuscirà a fare, cioè è in grado di pensare ad un allontanamento emotivo? E' una cosa che le serve? A cosa serve? A lei serve a qualcosa? Ai suoi figli servirà qualcosa avere una mamma emotivamente molto distante? Cerco di lavorare con questa persona per comprendere assieme a lei cosa è in grado di fare anche se, appunto i suoi movimenti, per ora, sono “o tutto o nulla” o molto molto vicina o molto molto lontana. Un lavoro ideale vorrebbe che questa persona riuscisse a trovare una posizione intermedia. (PSI4)

Il lavoro connesso alle difficoltà che la patologia psichiatrica può creare viene effettuato come vediamo dalle parole di PSI5 tanto nello specifico della relazione con il

⁵⁴ Si ricorda si è fatto ricorso per la definizione di giovani psichiatri al criterio di accesso al Coordinamento Nazionale Giovani Psichiatri area della Società Italiana di Psichiatria -SIP- rivolta a giovani soci specialisti in psichiatria che abbiano meno di 40 anni o siano specializzati da meno di cinque. Cfr par. 4.2.

figlio ma con la consapevolezza che lo sguardo deve essere rivolto ad un miglioramento complessivo della situazione. In questo caso discutere con lo psichiatra delle difficoltà oggettive permette al genitore di comprendere i suoi limiti e di provare a lavorare su questi aspetti:

con questa mamma siamo in una situazione di come recuperare le risorse perché possa occuparsi del bambino in tutti i sensi. Ci concentriamo sulla necessità di stabilità lavorativa, sugli aspetti economici, sull'energia e sulla fatica che deve impiegare per raggiungere questi obiettivi. Cerco di aiutarla ad elaborare la sofferenza che ha portato la distanza dal figlio, l'allontanamento. Le sue energie, le sue fatiche servono per avere poi la possibilità di occuparsi del figlio. (PSI5)

Un lavoro sulla consapevolezza permette al genitore di impegnarsi nei percorsi di recupero delle competenze raggiungendo dei compromessi:

alla fin fine è il compromesso del paziente con se stesso, ognuno di noi fa dei patti con se stesso, si patteggia, mica si può vincere su tutta la linea, si patteggia quello che si vuole fare. (PSI15)

Dalle parole degli psichiatri emerge come l'obiettivo del loro lavoro sia quello di aiutare i pazienti a darsi uno scopo, assumere delle responsabilità cercando di monitorare, governare e compensare il disturbo nel proprio contesto sociale. La persona sentendosi più solida, riesce a combattere gli effetti secondari della malattia come ansia, *stress* e stigma nel contesto in cui vive. Come abbiamo visto nella prima parte le diverse fasi del ciclo vitale, gli eventi inaspettati, possono in generale influire sulle capacità genitoriali. Nelle persone con patologia mentale lo *stress* può aggravare la sintomatologia di base ma la percezione di essere capace di gestire l'ansia che deriva da tali situazioni può contribuire ad aumentare le proprie competenze nel prendere parte più attiva e determinata nel progetto di vita, nello sviluppare strategie per affrontare i problemi e imparare a esercitare autocontrollo sui sintomi.

È importante ricordare come la patologia psichiatrica si caratterizzi per una ciclicità nella quale si alternano momenti di benessere e momenti di malessere. I percorsi terapeutici per questo motivo non sono lineari, procedono gradualmente, si fondano sulla crescita ma prevedono la possibilità di ricadute. Il lavoro degli psichiatri è attento a queste evoluzioni e cerca di sostenere il paziente in un percorso di assunzione di responsabilità, di ricostruzione del sé. La consapevolezza del fatto che i progressi in

un'area possono generare incertezze in un'altra è sempre presente e necessita di un monitoraggio costante.

Questa necessità è ben rappresentata dalle parole di PSI5:

questa era una mamma che prima non aveva consapevolezza di malattia adesso sì, e quindi si cura, è stato già un bel cambiamento. Con la consapevolezza di malattia ci sono però anche degli effetti collaterali di paura, la sensazione di malessere. C'è una situazione di insicurezza legata all'aver compreso gli errori fatti, alla consapevolezza delle difficoltà da affrontare. Oggi lavoriamo su questi aspetti: le difficoltà quotidiane, le situazioni quotidiane, avere una sicurezza nel poter sostenere il bambino, avere le energie per fare le cose. (PSI5)

Come vedremo nel prossimo capitolo le aspettative degli assistenti sociali nei confronti della collaborazione con gli psichiatri sembrano collocarsi tra gli scopi tradizionali del colloquio psichiatrico: la diagnosi nosografica, l'ipotesi psicodinamica, la prognosi, la terapia. Questi aspetti appaiono invece limitanti nella prospettiva dei medici poiché come emerge dalle interviste, il senso del loro intervento, in gran parte non conosciuto dagli assistenti sociali, è maggiormente finalizzato ad instaurare un rapporto che, qualunque sia la cura prescritta, cerca di rifiutare la sola attività diagnostica, di per sé non sufficiente. L'obiettivo del colloquio psichiatrico viene delineato dai medici in senso psicoterapico anche se l'approccio appare non sempre possibile poiché la riduzione delle risorse nella realtà riduce spesso questo strumento ad un mero controllo degli sintomi riportandolo agli scopi tradizionali dei quali si è accennato. Rispetto alle funzioni di sostegno e controllo delle competenze genitoriali gli psichiatri affermano che non è uno specifico della professione medica ma ritengo opportuna una riflessione generale sulle funzioni di controllo nell'ambito della salute mentale. Gli psichiatri intervistati segnalano ripetutamente nelle loro considerazioni di dover quotidianamente fare i conti con aspetti organizzativi che limitano fortemente il loro ruolo e che sono legati alla riduzione degli orari di apertura dei centri di salute mentale, alla riduzione del personale, al sostanziale annullamento delle attività terapeutiche di sostegno alla terapia farmacologica, all'esponentiale aumento dei ricoveri in strutture private convenzionate. La riduzione di risorse umane si traduce in generale in una rilevante difficoltà nella presa in carico e quindi nell'inadeguatezza della proposta di cura che ha conseguenze importanti nei momenti di crisi e acuzie psichiatriche ma anche nelle situazioni complesse come quelle delle famiglie in cui vi sono genitori con figli minori ed al carico degli interventi sanitari si aggiunge la necessità di collaborazioni interprofessionali. Se da un lato il rifiuto di compiti di controllo delle competenze genitoriali si può connettere all'esplicita considerazione di non competenza in questo ambito, credo che questo aspetto vada collegato anche ai rischi che gli psichiatri vedono nel tentativo di ricondurre la psichiatria alla condizione

di mero strumento per il controllo sociale, che abbandona la sua vocazione di cura per rispondere a necessità custodialistiche.

3. il senso del proprio lavoro. Operatori in precario equilibrio.

Rispetto ai limiti degli interventi sembra delinearci una sorta di paralisi operativa influenzata dalla fatica che gli operatori vivono quotidianamente nella tensione tra ciò che riterrebbero utile e ciò che in realtà è possibile fare. Questa situazione assume caratteristiche differenti tra assistenti sociali e psichiatri. I primi si concentrano maggiormente sulla possibilità di offrire, oltre ai colloqui professionali di servizio sociale anche interventi concreti di sostegno domiciliare. I secondi addebitano ai carichi di lavoro ed alle trasformazioni organizzative l'impossibilità di utilizzo dello strumento professionale del colloquio clinico orientato in senso psicoterapico nel sostegno ai loro pazienti.

Per entrambe le figure la situazione incide sull'umore ed induce l'operatore a ripensare al senso che può ancora avere il suo lavoro. In numerose situazioni sembra profilarsi il rischio della sindrome del *burnout* generalmente impiegata per riferirsi ad uno stato di esaurimento emotivo e professionale che sembra riguardare, in modo particolare, le cosiddette professioni d'aiuto (Sandrin, 2004) tra le quali quelle sociali e sanitarie.

Tra i fattori che incidono sulla sindrome del *burnout* sono citati quelli organizzativi, quali ambienti di lavoro ad alta conflittualità, in cui gli obiettivi e le regole del gioco sono poco chiare e incontrollate (Pellegrino, 2006:22-24). In Italia alcuni autori hanno offerto il loro contributo sul tema del *burnout* tra questi troviamo Rossati e Magro (1999) che identificano la causa principale nella deficienza di mezzi a disposizione in rapporto alle necessità concrete di supporto: questo produce una forte tensione.

Nello studio delle varie cause scatenanti il fenomeno sono quindi inclusi aspetti legati al contesto organizzativo nel quale il soggetto opera: sia la struttura che il funzionamento di questo contesto sociale plasmano la maniera in cui le persone svolgono la loro attività.

Il fenomeno ha sempre maggiori probabilità di svilupparsi quando si è in presenza di una discordanza forte tra la natura del lavoro e la natura dell'individuo che svolge una determinata attività professionale: tra quello, cioè, che le persone *sono* e quello che sono costrette a fare (Maslach, Leiter, 2000:17).

In estrema sintesi: le organizzazioni rappresentano una condizione favorevole per l'insorgenza del *burnout* quando trascurano le capacità interpersonali a favore di quelle tecniche e/o economiche. E' sugli aspetti organizzativi in una situazione di contrazione di risorse che ci si concentra in questo paragrafo: dall'analisi delle interviste effettuate ad assistenti sociali e psichiatri emergono numerosi elementi che accomunano le rappresentazioni delle due figure professionali e che creano discrepanze tra le persone ed il lavoro. Le difficoltà emerse nelle interviste riguardano alcuni aspetti specifici che vengono analizzati utilizzando come pista di riflessione teorica lo studio di Maslach e Leiter che individua tra i fattori stressanti il sovraccarico di lavoro, il contrasto tra valori e la mancanza di controllo sul proprio lavoro.

3.1. Il sovraccarico di lavoro.

Probabilmente è il segnale più evidente di una discordanza tra la persona e il lavoro. Questo fattore sottolinea il contrasto tra le possibilità dell'individuo e il compito che gli è assegnato. Se il ritmo lavorativo diventa troppo pressante, la richiesta eccessiva rispetto al tempo e ai mezzi che si hanno a disposizione, questo si ripercuote sull'efficacia del lavoro stesso, sul clima⁵⁵ dell'ambiente lavorativo, standardizza la prestazione e quindi incanala l'individuo verso il *burnout* (Maslach, Leiter, 200:17).

AS6 e AS10 rappresentano con le loro riflessioni questo rischio.

Ci sono alcuni periodi in cui non sei assolutamente disponibile: devi seguire quello che ti viene dato e alle volte fai una finta progettazione anche in situazioni in cui ci sono minori. Non vedi e non vuoi vedere. Sicuramente questo è legato ad un momento di stanchezza personale che però non è stanchezza personale che uno si porta da casa perché non ha dormito bene quella notte. Ci sono anche dei cambiamenti organizzativi e dei momenti storici che ti tolgono veramente tutte le energie, per cui su situazioni particolari, per quello che mi riguarda, non voglio lavorare più di tanto, non voglio vedere cosa ci sta dietro in situazioni di tossicodipendenti piuttosto che rom, che psichiatrici. E in più devo fare un milione di cose in un contesto in cui non so domani che risorse avrò, devo dire di no su tutto, e allora tanto vale che non veda che questo genitore è in difficoltà non solo dal punto di vista economico e che questo ragazzino sta un po' faticando. (AS6)

⁵⁵ Con il termine clima, si intende "un insieme di elementi, opinioni, sentimenti, percezioni dei soggetti, che colgono la qualità" dell'ambiente lavorativo. G.P. Quaglino, S. Casagrande, "Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo", Milano, Raffaello Cortina editore, 1992, p. 157.

Il sovraccarico lavorativo genera una stanchezza personale che incide sulla qualità del lavoro, sulla disponibilità di andare oltre a ciò che è immediatamente evidente ed aumenta il rischio di standardizzazione degli interventi che possono ridursi ad interventi economici, laddove questo è possibile, oppure portano alla completa impossibilità di dare una risposta alle famiglie.

A volte ci sono anche fasi storiche dove cioè... tutto dove ti giri arrivano casi e allora non riesci ad essere così lucido e così fermo nel fare determinate cose. Ci sono a volte dove tralasci di fare delle cose perché inconsciamente o scientemente dai delle priorità diverse. Se hai due mani non puoi in una settimana lavorativa seguire dieci situazioni alle stesso identico modo. Se sono con una persona non posso essere con un'altra, non posso andare a fare una riunione o seguirne un'altra. (AS10)

Nelle parole dello PSI6 emerge chiaramente come il carico di lavoro possa ostacolare una prassi orientata alla partecipazione della persona, al suo ascolto, al coinvolgimento nei percorsi di cura e quindi, in sintesi, possa rendere impossibile un approccio psicoterapico alla cura:

un lavoro di questo tipo richiede tempo. Quando ho iniziato a lavorare le indicazioni erano seguire il paziente, rispettare i tempi, non vedere più di cinque persone in un pomeriggio o in una mattina. Le mie visite in ambulatorio duravano quaranta minuti, tre quarti d'ora, con il paziente riuscivo a lavorarci. Adesso abbiamo duecento pazienti in carico e anche di più. E' chiaro che con questi numeri è impossibile.

Il sostegno nelle relazioni interpersonali e nello specifico alle difficoltà nella gestione dei figli e delle relazioni di coppia, sebbene come abbiamo detto sia considerato un intervento di seconda intenzione da parte di molti psichiatri, necessita di tempo per l'ascolto. Vi è pieno accordo su questo punto e l'aumento dei carichi di lavoro sembra non consentire più questi spazi:

il mio ruolo è intanto di circoscrivere i problemi, per quello che mi è possibile fare, e poi di contribuire anche all'andamento familiare più adeguato e più idoneo. Cerco di fare in modo che il mio paziente abbia interazioni più congrue con il resto della famiglia. Questo lavoro però non è che noi ce lo andiamo a cercare, per ovvi motivi, perché purtroppo, la contrazione di tempo o risorse di personale ci mette in condizione di ritirarci anziché di proporci. (PSI15)

3.2 Il contrasto tra valori.

Il contrasto tra valori è costituito nella classificazione di Maslach e Leiter da una differenza di principi tra ciò che pensa il lavoratore e ciò che gli viene richiesto dalla mansione che svolge. Nuovamente psichiatri ed assistenti sociali si concentrano su aspetti differenti ma non vi sono differenze intra-professionali o legate all'esito del progetto per i nuclei familiari con genitori affetti da patologia.

Gli assistenti sociali individuano nella riduzione delle risorse il rischio di indurre cronicità invece che sviluppare processi di *empowerment*:

non potendo intervenire in maniera idonea, in maniera sufficientemente adeguata rispetto al bisogno di quella situazione quindi proponendo interventi non completi, noi aumentiamo la cronicità perché non puoi curare con l'aspirina una polmonite. La persona peggiora, anche se tu pensi di averle curato qualcosa, ma gli hai dato l'aspirina quando magari c'è bisogno di antibiotico e allora devi fare una scelta. Il rischio che vedo è quello di una cronicizzazione ed un peggioramento di situazioni che con un investimento diverso potrebbero avere delle possibilità... e potrebbero anche in qualche modo trovare un maggior consenso da parte dei colleghi dei servizi per gli adulti. (ASI)

Gli assistenti sociali segnalano di essere nell'impossibilità attivare interventi adeguati alle necessità e gli psichiatri evidenziano come sia sempre più difficile lavorare in un'ottica preventiva:

ci sia adatta a quello che c'è ma non sempre risponde veramente a quella che può essere l'esigenza (ASI6);

corro il rischio di agire ed operare sempre più sull'urgenza e non sulla prevenzione, sul monitoraggio delle situazioni, sulla possibilità di fornire un supporto ai nuclei familiari problematici. (PSI3)

Anche su questo punto, come detto, gli psichiatri si concentrano prevalentemente sulle difficoltà legate alla gestione dei colloqui evidenziano la difficoltà di spostare il proprio intervento da modalità tradizionali legate al controllo della sintomatologia. PSI7 rappresenta il pensiero del gruppo professionale:

mi piacerebbe molto poter avere delle ore durante la settimana da trascorrere con lei, mi piacerebbe cercare di affrontare la situazione, poter discutere con lei per aiutarla. Forse notoriamente non viene considerata una funzione medica, però vorrei cercare di capire che indicazione dare, affinché lei rifletta su come si muove. Nel momento in cui tu lavori con il paziente, se hai un'osservazione diretta, è molto più efficace il lavoro. Io ho visto la signora qui con il bimbetto più piccolo e certe cose gliele ho potute dire, perché erano evidenti, erano sotto gli occhi. Quando lei mi raccontava delle situazioni di disperazione e il bambino la chiamava e lei non si girava io le dicevo: "ma lo guardi, fermiamoci un attimo, guardiamo che cosa deve dire lui" è più facile in questo modo.

3.3. La mancanza di controllo sul proprio lavoro.

Un ultimo aspetto di difficoltà che emerge dalle interviste è quello legato alla sensazione di non poter controllare il proprio lavoro. Questo avviene quando il soggetto non è libero di determinare come portare avanti il lavoro secondo il proprio intendimento, quindi non sente di avere alcun potere decisionale o di cambiamento rispetto ad un modo di procedere unificato e standardizzato.

La percezione di riduzione di potere e di autonomia viene evidenziata dagli assistenti sociali rispetto alle valutazioni professionali che devono sempre più tenere conto dei vincoli di bilancio:

In tempi diversi quattro o cinque anni fa ci potevamo permettere di fare delle cose diverse, adesso non possiamo più, non lavoriamo più in un'ottica di sostegno, di prevenzione, adesso dobbiamo lavorare sull'urgenza. (AS3)

Non ci chiediamo solo che cosa è necessario e che cosa è utile, per quella situazione, cosa serve. Ci chiediamo anche se possiamo farlo, e qui le due cose spesso, rischiano di non farci pensare subito al vero bisogno di quella situazione ma a chiederci se quello che chiederemmo sarebbe comunque approvato o no. Oggi ci chiedono, per un'ottica risparmio economico, di pensare che questo possa essere anche protezione o controllo, ma gli interventi che possiamo dare a domicilio, sono davvero degli interventi parziali. Non riusciamo ad avere un'osservazione completa delle dinamiche familiari, delle

difficoltà di questa mamma con problematiche psichiatriche. Questa non è veramente un'ottica di protezione, spesso ci si illude che possa esserlo, ma non lo è. (AS4)

Gli psichiatri intervistati segnalano rilevanti difficoltà riconducibili alla mancanza di controllo del proprio lavoro. La difficoltà sembra essere anche collegata alla ridefinizione dei compiti istituzionali delle figure mediche e della ridefinizione dei budget e dell'organizzazione istituzionale.

In seguito all'entrata in vigore del d.lgs. n. 229/1999, la disciplina riguardante la dirigenza del SSN è stata sostanzialmente modificata. Da tale atto discende che alla componente dirigenziale del personale sanitario è stata imposta anche la responsabilità di assumersi responsabilità tipiche delle aziende, prima estranee alla loro professione. Budget, rendimento, risorse, risultati, efficacia, efficienza, economicità e competitività aspetti manageriali tipici devono quindi essere combinati con le competenze professionali specifiche. Il principio secondo il quale tutti i dirigenti sono anche titolari di compiti istituzionali ha creato tanto una situazione di confusione tra funzioni manageriali-gestionali e funzioni professionali quanto un aumento dei tempi connessi ad aspetti burocratici e procedurali. (Gaboardi, 2012:41-42)

Questi aspetti sottraggono tempo alla relazione con i pazienti, alla possibilità di fare colloqui ed interventi incisivi. Sono esemplificative al proposito le riflessioni dello PSI15:

nella pratica avviene che facciamo corsi sulla 626, sull'anti incendio, prolifera la burocrazia, proliferano le procedure e non prolifera una possibilità di controllo sul lavoro. Questo impedisce la puntualizzazione di qualunque problema. (PSI15)

L'impovertimento dei servizi sanitari e sociali, connesso alla necessità di riordino dei conti pubblici, porta con se la necessità di nuove strategie e riflessioni che consentano il riconoscimento della persona nella sua interezza ed universalità affinché si possa perseguire il fine istituzionale che rimane la tutela della salute quale diritto fondamentale costituzionalmente tutelato dal nostro ordinamento (Gaboardi, 2012:11-12). Al tempo stesso l'assunzione di nuove competenze sembra limitare il ruolo ed il potere del medico. Ancora nel pensiero dello PSI15:

lei dica chiaramente che il medico ha potere tendente a zero. Il medico non conta più nulla dal punto di vista organizzativo gestionale. Il medico negli ospedali, negli ambulatori, nelle diverse strutture sanitarie nelle quali si trova ad operare nel pubblico ha un peso specifico molto basso. E questa non è una buona cosa. Non è una buona cosa per gli assistiti, per le persone che lavorano con il medico e poi alla fine anche per il medico. Alla fine dei conti un problema sanitario è un problema

sanitario si o no? Sì. Che poi abbia anche dei risvolti di politica, amministrativi, sanitari, di impostazione teorica, concettuale, ideologica se vogliamo, no, anche... d'accordo però di fatto è un problema medico e quindi perché il medico non deve poter dare delle indicazioni chiare e incontrovertibili?

Anche sul piano della possibilità di assunzione di responsabilità e di innovazione del lavoro le ricadute di un approccio manageriale alla salute sembrano avere un peso rilevante:

ti scontri con un sistema burocratizzato e immobile. È tutto molto ingessato, devi chiedere l'autorizzazione, passa al capitolato, insomma, è un sistema un po' complicato... (PSI13)

Le rappresentazioni sul significato del proprio lavoro accomunano la posizione di assistenti sociali e psichiatri. In generale l'analisi delle riflessioni su questo punto fa emergere la percezione di una situazione di insoddisfazione e di limitazione dell'autonomia professionale. Il sovraccarico lavorativo, il contrasto tra valori, la mancanza di controllo del proprio lavoro possono essere ricondotte alla complessità delle funzioni che sono attribuite ad assistenti sociali e psichiatri in un ambito complesso come quello della tutela e del sostegno di genitori affetti da patologie psichiatriche ma è da sottolineare che non emerge questo aspetto dalle interviste. Le difficoltà come abbiamo visto sono ricondotte alla fase di crisi delle risorse del sistema socio assistenziale e sanitario, alla riduzione del personale che incide sulla qualità dei progetti di cura. In particolare, il cambiamento delle condizioni organizzative incide sul ruolo e sulle funzioni di assistenti sociali e di psichiatri perché limita la disponibilità delle risorse modificando le scelte sulla loro allocazione. Come evidenziava Ferrario (1999:109) le risorse sono uno strumento per la definizione di un piano di aiuto e vengono utilizzate durante il percorso. Gli interventi che assistenti sociali e psichiatri possono attivare come abbiamo visto nella prima parte del capitolo sono ridotti ed appare complesso poter offrire alle famiglie percorsi di sostegno che siano realmente in grado di incidere sulle difficoltà incrementando le potenzialità individuale. Il rischio è nuovamente quello di una riduzione dell'intervento al mero controllo della sintomatologia e dei rischi per i minori senza la possibilità di un'offerta di interventi in grado di sostenere i genitori nelle responsabilità parentali. Le rappresentazioni degli intervistati sui rischi di un approccio di questo tipo vengono presentati nel prossimo paragrafo.

4. Possiamo davvero aiutare i genitori? I limiti di interventi e strumenti professionali.

Nella prima parte abbiamo differenziato tra interventi e strumenti di sostegno e tutela delle famiglie, nell'analisi dei limiti e delle difficoltà vengono invece analizzati complessivamente. L'idea che soggiace a questa scelta è che la valutazione sulla possibilità per il lavoro di sostegno alle competenze genitoriali dei pazienti psichiatrici di essere incisivo, di sostenere un cambiamento, di implementare le capacità delle persone di gestione autonoma e di tutelare i minori si costituisca sulla complessità delle strategie operative e non su un singolo intervento o strumento professionale.

Come sappiamo, i cambiamenti che avvengono a livello sociale nel modo di relazionarsi ed instaurare legami con gli altri influenzano direttamente ed indirettamente l'organizzazione familiare e le diverse forme in cui la genitorialità si concretizza. Gli interventi dei servizi sociali e sanitari, per contro, appaiono sostanzialmente caratterizzati da staticità nelle forme e nell'organizzazione quando non – in considerazione della riduzione delle risorse disponibili – in riduzione.

Come abbiamo visto gli assistenti sociali si soffermano sul fatto che vengono offerti in supporto alle famiglie una serie di interventi limitati nel tempo e finalizzati, prevalentemente, alla valutazione piuttosto che al sostegno delle competenze parentali. Anche gli psichiatri evidenziano limiti nella possibilità di lavoro con le persone che riconducono alle trasformazioni dei servizi sanitari, alla riduzione complessiva delle risorse ed alla ridefinizione del ruolo medico nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli intervistati descrivono la fatica e la complessità di un sistema di cure fortemente influenzato dalla riduzione delle risorse e dalle contraddizioni insite nella tensione tra ciò che si vorrebbe fare e ciò che si riesce a fare, tra funzioni di sostegno e di controllo. Come vedremo nel prossimo capitolo anche la possibilità di collaborazione inter-professionale ed inter-istituzionale è caratterizzata da questi aspetti e da difficoltà di relazione che si collocano anche sul piano delle differenti culture professionali.

La risposta alla domanda del titolo sembra essere negativa e la percezione degli intervistati è che gli interventi siano sostanzialmente insufficienti per far fronte alla complessità delle situazioni di cui si occupano.

Gli ambiti connessi alla prevenzione ed al trattamento sembrano essere quelli maggiormente in difficoltà, emerge inoltre uno spazio di riflessione interessante legato al tempo ed alla parola cronicità.

Rispetto alla prevenzione gli assistenti sociali segnalano che la progettualità nell'ambito della tutela dei minori è ormai residuale. Se questo è l'approccio, quando le situazioni di adulti con patologia psichiatrica e figli minori vengono segnalate ai servizi gli unici interventi sembrano essere quelli di limitazione dei danni:

il servizio si sta un po' focalizzando, concentrando sulle situazioni più urgenti. Ormai si lavora sul danno e non più sul rischio. Credo che si debba trovare il modo per riscoprire una parte del lavoro sociale che è più un lavoro di comunità e non solo di intervento e credo che in questo momento storico ci sia una grossa sfida per ridurre le contaminazioni amministrative che tendono a minare il lavoro tecnico. (AS1)

Effettuata l'analisi della situazione e valutata la necessità di interventi di sostegno al nucleo familiare i servizi si trovano spesso nell'impossibilità di attuare i progetti che ritengono necessari. Prosegue la riflessione AS1 sottolineando come nelle situazioni migliori sia possibile aiutare le famiglie a "raggiungere la sufficienza" con il rischio che poi, lasciate nuovamente sole, sopraggiungano altri problemi.

Supporto per una famiglia significa avere qualcuno che è in grado di affiancarli nel ruolo genitoriale e sia in grado di aiutarli a ristabilire un equilibrio all'interno delle relazioni familiari. Per far questo oltre all'intervento dell'assistente sociale che può fare dei colloqui occorre poter offrire delle risorse. Con i nostri interventi, quando va bene queste famiglie raggiungono la sufficienza rispetto alla genitorialità. Questo è il punto massimo che noi possiamo raggiungere. Quello che è il lavoro di cura e di cambiamento richiede un lungo lavoro ma questo manca.

Anche la possibilità di interventi attivati direttamente dai centri di salute mentale, non sempre presente in passato ma segnalata da quattro assistenti sociali, non appare più utilizzabile e gli operatori hanno la percezione di doversi contendere una coperta sempre più corta:

in passato ho sfiorato delle situazioni in cui le mamme avevano degli interventi domiciliari mandati proprio dal medico: l'oss, l'infermiere. Ad oggi non mi sembra che nelle situazioni di cui ci occupiamo noi ci siano degli interventi attivati direttamente dalla salute mentale e proprio mirati alla persona con problemi di salute. Devo dire che dobbiamo fare i conti con le risorse che abbiamo e non possiamo utilizzarne altre. (AS17)

Un'organizzazione del lavoro che non consente attività di prevenzione dei rischi secondari in situazioni di fragilità genitoriale dovuta a patologia psichiatrica non consente di favorire l'assunzione delle responsabilità genitoriali ma sembra anche essere in contrapposizione con i dettati normativi che, come abbiamo visto nel primo capitolo, dovrebbero garantire l'esercizio del diritto alla genitorialità:

la prevenzione si è annullata. Se prima ti potevi permettere di fare degli interventi educativi, laddove ti sembrava di ravvisare un po' di fatica e con una stampella magari le cose potevano andare bene, adesso lo puoi fare su casi del tribunale dove c'è necessità di vigilare. Ci sarebbe bisogno di un supporto familiare come Dio comanda, nel senso che ci vorrebbe, magari, un intervento, anche solo per sei mesi concentrati, dove una persona, un educatore fa un monte ore importante, va tre ore al giorno in momenti diversi che possono essere importanti per il genitore e per i bambini. (AS3)

In molte interviste si segnala la mancanza di un lavoro di comunità che potrebbe portare ad una responsabilità diffusa, AS7 imputa questa mancanza in modo esplicito ad una mancanza di interesse politico per questi temi:

una carenza che ho sempre visto è il lavoro di comunità. Riuscire ad entrare all'interno del territorio attuando delle attività di prevenzione e di aggregazione spontanea sarebbe utile per questi minori e per le loro famiglie. Avevamo provato due anni fa ma i soldi non c'erano perché non vengono spesi per la prevenzione. Difficilmente nella mia esperienza sono stati spesi per la prevenzione perché la prevenzione non paga politicamente.

L'intervento di supporto alle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici, persone come abbiamo visto maggiormente influenzate dalle diverse fasi del ciclo vitale, dai fattori precipitanti che interagendo con la patologia possono portare a difficoltà ricorrenti nel corso della vita, dovrebbe essere intermittente (Fava Vizziello, et. al. 2011). Dovrebbe cioè essere flessibile, modularsi nel tempo a seconda delle esigenze, assumere una strutturazione sul medio-lungo periodo. Introduciamo per affrontare questo tema il termine cronicità che sembra avere un'accezione prevalentemente negativa per gli assistenti sociali mentre sotto il profilo clinico e sanitario sembra non avere tale connotazione: un adulto affetto da patologia psichiatrica è spesso definito "cronico" ma non per questo si interrompono le cure o si sospendono i progetti a meno che sia una sua scelta. Utilizziamo le parole di PSI13 per chiarire questa posizione:

la cronicità... cosa vuol dire cronico? La vita è cronica... Sono un po' filosofico forse, ma io la punto su un altro aspetto: il benessere, la qualità di vita, il piacere. Se questo comporta che io mi devo pigliare per tutta la vita un farmaco ma chi se ne frega, non è un problema di cronicità, è un problema di obiettivo differente. Le persone possono avere bisogno del medico per tutta la vita questo non significa non essere

autonomi. Occorre mettere degli obiettivi ma per qualcuno bisogna fare attenzione alla questione temporale. Entro quanto? Entro quanto tempo paradossalmente è tutta la vita. (PSI13)

Per gli assistenti sociali far fronte a questo tipo di situazioni è complesso poiché la tensione tra diritti dei bambini e diritti degli adulti sembra propendere per i primi. In situazioni nelle quali l'adulto è affetto da patologia psichiatrica l'attesa da parte del professionista svolge un ruolo cruciale: attendere e saper attendere consentono all'altro di partire, sperimentarsi e tornare, sicuro di trovare nuovamente conforto, sostegno, accoglienza, (Winnicot, 1962:53). Come abbiamo già accennato nel paragrafo sul colloquio professionale di servizio sociale per gli assistenti la possibilità di attesa del miglioramento delle condizioni di salute del genitore sembra essere strettamente connessa alla possibilità di tutela del minore ma anche alla sua età.

In situazioni di patologie croniche la soglia di allarme degli assistenti sociali sembra essere massima per i bambini nella fascia 0-5 anni poiché le esigenze di cura e di sperimentazione di un attaccamento sicuro con il genitore possono essere fortemente limitate dalla malattia. In assenza di reti di sostegno primarie, a fronte della residualità degli interventi che possono essere attivati e in situazioni nelle quali non c'è un progetto di cura del centro di salute mentale l'allontanamento dalla madre a tutela della sicurezza del minore sembra essere l'unica possibilità.

AS9 una giovane assistente sociale che lavora da meno di cinque anni presenta una posizione estrema:

in queste situazioni io vedo che c'è disinvestimento perché soprattutto se il bambino è appena nato cerchiamo di fare le cose più veloci possibile. I bambini piccoli hanno delle possibilità di andare in adozione, vanno come il pane e quindi non si lavora troppo con i genitori. Dopo i 10 anni è perso può starsene in quella famiglia, non lo vuole più nessuno. Se va bene lo mandi in una famiglia affidataria.

Si tratta dell'unica intervista nella quale il discorso viene affrontato in termini così espliciti e negativi, la connessione tra patologia psichiatrica del genitore ed età dei figli viene però evidenziata da tutti gli assistenti sociali e gli interventi in questa fascia di età sono sempre maggiormente orientati alla tutela dei bambini. Fanno eccezione tra le situazioni analizzate quelle di due minori gravemente disabili⁵⁶. In queste situazioni pur in presenza di gravi patologie psichiatriche della madre è stato possibile il mantenimento a domicilio. Le due assistenti sociali sottolineano come la possibilità di

⁵⁶ Presentate da AS6 ed AS10.

un rilevante intervento domiciliare legato alla disabilità dei due bambini abbia permesso alle madri di occuparsene affiancate da assistenti domiciliari ed educatori. Per entrambi i progetti non sono previste interruzioni in considerazione della patologia dei bambini ed è stato possibile creare intorno alla famiglia una rete di volontariato nell'ambito delle reti di associazionismo sulla disabilità. Appaiono particolarmente interessanti queste due esperienze poiché potrebbero costituire ipotesi di lavoro con associazioni che si occupano di patologia psichiatrica e che potrebbero essere coinvolte in progetti di sostegno a nuclei familiari con figli.

Ancora in riferimento alla cronicità della patologia del genitore ed all'età dei figli una seconda ricorrenza si individua nei bambini dall'età della preadolescenza in poi. Indipendentemente dalla gravità della sintomatologia dei genitori, dalla presenza di una rete primaria, dal tipo di collaborazione tra servizi in queste situazioni gli interventi di elezione sono quelli di sostegno domiciliare, inserimento in centri diurni, collaborazione con le scuole. L'attesa del miglioramento delle condizioni del genitore, la tolleranza alla ciclicità della malattia sono possibili a fronte della difficoltà di collocazione in strutture comunitarie o in affidamento familiare e delle maggiori capacità di gestione delle difficoltà da parte dei figli:

l'adolescente si è già strutturato in un certo modo e quindi ha strutturato anche la sua capacità di reazione, sa tutelarsi in certe situazioni, ha sviluppato delle capacità di adattamento.
(AS13)

Risulta impossibile fare ipotesi sulla fascia che definisco grigia, quella nella quale i bambini hanno un'età compresa tra i 6 ed i 12 anni. Dalle interviste effettuate non emergono ricorrenze legate alla gravità della patologia, alla presenza di una rete di sostegno, alle caratteristiche dei bambini. Se si cerca di leggere quali sono i criteri che orientano la scelte di mantenimento in famiglia e di sostegno delle competenze genitoriali mi sembra che gli unici aspetti che possono costituire differenza sono quelli legati alla precocità della conoscenza della situazione da parte dei servizio sociale, alle caratteristiche della collaborazione tra i servizi specialistici ed alla possibilità di attivazione di interventi domiciliari. L'aspetto che sembra maggiormente influenzare le scelte è connesso alle caratteristiche ed alle competenze dell'operatore.

Rispetto ai progetti di sostegno alle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici, in generale, la domanda che tendeva a comprendere cosa nella percezione degli operatori "non funziona" nel produrre un miglioramento del funzionamento familiare non appare identificabile ma legato ad una serie di circostanze apparentemente non prevedibili. Le riflessioni su questi aspetti si riconducono alle difficoltà organizzative, alla riduzione delle risorse ed alla mancanza di interventi che possano differenziarsi da altre situazioni. Gli interventi che possono essere attivati in situazioni nelle quali il genitore ha una patologia psichiatrica non si differenziano da quelli attivabili in altre situazioni di minore complessità e nella percezione degli assistenti sociali rischiano di

peggiore la situazione delle persone e di non poter essere visti come reale sostegno dagli psichiatri:

Non potendo offrire interventi specifici per queste persone m viene da dire che creiamo maggiore cronicità. Non potendo intervenire in maniera idonea al bisogno di quella situazione quindi con interventi ed attivando interventi monchi o non completi, aumentiamo la cronicità di situazioni che con un investimento diverso potrebbero avere delle possibilità... e potrebbero anche in qualche modo trovare un maggior consenso da parte dei colleghi dei servizi per gli adulti. Potremmo davvero sostenere le famiglie (AS1).

Io credo che riusciamo a incidere su queste situazioni molto poco. Non abbiamo mai scelto di differenziare gli interventi dal punto di vista delle ore impiegate o del tipo di intervento. Si è sempre cercato di dare un po' a tutti ma se penso agli interventi sui minore e sulle famiglie in queste situazioni l'intervento educativo ha un'incidenza di 2 o 3 la settimana presso la famiglia. Anche quando abbiamo provato a pensare delle modalità diverse per gestire queste situazioni questo orientamento non è mai stato approvato dal nostro ente. (AS4)

Come abbiamo visto appare invece presente una riflessione sulle difficoltà relazionali con il paziente psichiatrico alle quali gli assistenti sociali cercano di rispondere, come vedremo nel capitolo successivo, attraverso la richiesta di informazioni e di indicazioni agli psichiatri. Mi sembra utile riproporre la riflessione sugli orientamenti dei servizi tra posizioni di tutela/protezione e sostegno. Se in generale abbiamo visto tanto negli aspetti normativi quanto rispetto alle cornici teoriche e metodologiche la ricerca di un equilibrio tra queste due funzioni, nelle situazioni di genitori affetti da patologia psichiatrica gli interventi e gli strumenti professionali che possono essere offerti a sostegno dei percorsi di cura e di miglioramento delle competenze parentali nella percezione degli intervistati sono insufficienti. Nelle situazioni di genitori con patologia psichiatrica la possibilità di disegnare scenari futuri, di prefigurare risultati, di coinvolgere le persone in progetti di cambiamento appare ridotta e nelle percezioni degli intervistati emerge un diffuso senso di impotenza, di rassegnazione, di paralisi operativa che non solo limita sul piano concreto la possibilità di interventi di sostegno a minori ed adulti ma sembra pervadere le considerazioni sul ruolo e sul significato del lavoro dei due professionisti. Si aggiunga a ciò che come abbiamo visto sembra esserci in generale una scarsa riflessione sull'efficacia degli interventi ed è quindi particolarmente complesso riuscire ad argomentare le scelte e le definizioni progettuali in un ambito nel quale, a fronte della patologia, sembra

particolarmente difficile individuare obiettivi, indicatori di risultato, conseguenze che la malattia può avere sullo sviluppo dei bambini.

5. Il sostegno alle competenze parentali dei pazienti psichiatrici: assistenti sociali e psichiatri tra teoria e prassi.

Come abbiamo visto gli intervistati percepiscono ed evidenziano alcuni nodi critici rispetto agli interventi e agli strumenti professionali di sostegno alle competenze parentali dei pazienti psichiatrici. Gli assistenti sociali si sentono impreparati in questo ambito specifico così come gli psichiatri.

Alcune assistenti sociali ed alcuni psichiatri citano come risorsa utilizzata nel gestire questo tipo di situazioni il riferimento all'esperienza che permette di acquisire maggiori capacità nella gestione degli interventi.

Abbiamo presentato nella prima parte le coordinate normative, teoriche, metodologiche presenti in letteratura tanto rispetto al campo della tutela dei minori e delle loro famiglie in generale quanto nello specifico di situazioni di adulti con patologia psichiatrica. I contenuti presentati dimostrano come una delle caratteristiche del servizio sociale sia quella di far uso di teorie esplicative dei comportamenti umani e sociali tratte da diverse discipline: la psicologia, la sociologia, la psichiatria. Rispetto alla professione medica sappiamo che si fonda sul principio della valutazione dei migliori risultati della ricerca disponibili in quel preciso momento di ricerca scientifica. L'*evidence based medicine* è una medicina basata su prove di efficacia, su studi clinici controllati e linee-guida di pratica clinica. La medicina basata sulle prove cerca di valutare la forza delle evidenze dei rischi e benefici dei trattamenti, compresa la mancanza di trattamento, nonché dei test diagnostici. Questo aiuta i medici a prevedere se un trattamento farà più bene che male, e agire di conseguenza nella prescrizione.

A fronte di queste due considerazioni sulla formazione e sulla pratica professionale di assistenti sociali e psichiatri nel corso delle interviste si è esplorato quanto gli operatori dicono di far riferimento a quadri teorici e metodologici strutturati e se e in che misura percepiscano questi riferimenti come un aiuto nella gestione di situazioni di valutazione e sostegno della genitorialità di pazienti psichiatrici.

L'ipotesi che avanzavo è che le competenze teoriche e la formazione professionale post laurea, non solo prevista ma obbligatoria per entrambe le professioni, potessero essere utili nella valutazione dei fattori di rischio e di protezione di minori figli di adulti affetti da patologia psichiatrica, nella valutazione diagnostica, nella prognosi e nella strutturazione di interventi di sostegno delle competenze dei loro genitori.

In altre parole si è cercato di comprendere quale valore gli assistenti sociali e gli psichiatri attribuiscono al mettere in atto un intervento scientificamente fondato, in cui le garanzie di successo siano basate su studi e ricerche che sostengono le probabilità di un risultato positivo, con riferimento alle pratiche basate sull'evidenza.

Complessivamente sembra che gli assistenti sociali e gli psichiatri non facciano particolare affidamento sui contributi teorici e scientifici in questo specifico campo di intervento.

Nei pochi casi in cui vengono citati dei riferimenti teorici da parte degli assistenti sociali questi sono tratti dalla psicologia e si riferiscono alle teorie dell'attaccamento che abbiamo visto nella prima parte. Una delle due assistenti sociali che ne parla, AS1, lavora da oltre vent'anni nell'ambito della tutela dei minori e delle famiglie e ha fatto una formazione specifica nell'ambito degli interventi sull'abuso ed il maltrattamento ai minori:

io so che il mio intervento si basa sulla ottica sistemica relazionale, prende delle le cose dalla teoria dell'attaccamento e quindi mi so rifare a questo. Io mi riconosco in una teoria perché questo permette di dare scientificità al mio intervento. Prendo degli spunti da qualcosa un po' più con taglio psicologico, che viene tra virgolette adattato al lavoro sociale.

La seconda assistente sociale che fa un riferimento alla teoria dell'attaccamento è AS12 che afferma di utilizzare questo riferimento di cui ha sentito parlare nei vari protocolli sulla gestione di situazioni di abuso e maltrattamento:

uso un po' di più il discorso della teoria dell'attaccamento è la cosa che conosco di più, nel senso che è stata dai vari protocolli maltrattamento e abuso.

Entrambe hanno presentato le situazioni di madri con grave patologia psichiatrica che hanno potuto essere gestite in ambito domiciliare con un rilevante intervento di sostegno senza dover ricorrere all'allontanamento dei loro figli.

Un'unica psichiatra, PSI2 riferisce di aver fatto degli approfondimenti personali poiché nei corsi di medicina e di specializzazione questi temi non sono mai stati affrontati:

ho imparato quello che so nella pratica perché non me l'ha spiegato nessuno a scuola, né alla facoltà di medicina né alla specializzazione in psichiatria. Delle cose utili le ho imparate nel master in psichiatria forense perché si parlava di tribunali, di perizie. La mia formazione in queste situazioni è un po' un puzzle unito a un po' di buonsenso. Se penso ai bambini penso alle teorie della Melanie Klein una psicoanalista che si è occupata di bambini ma sono approfondimenti personali.

PSI3 afferma invece di seguire la teoria bio psico sociale

nella quale oltre alla parte biologica e psicologica c'è un'integrazione anche con il sociale che porta una serie di specializzazioni diverse e quindi anche di servizi diversi.

In quattro casi sono stati citati riferimenti alla teoria sistemico relazionale. Come possiamo vedere si tratta anche di riferimenti inconsci:

non ho mai pensato a che cosa corrisponde in teoria il mio operato. Direi che ciò che lo può connotare, è sicuramente un rifarsi al modello sistemico di famiglia. Mi chiedo come lavorare con il sistema famiglia, come intervenire su quello per superare determinate cose, determinati momenti problematici. Tutte le teorizzazioni del CBM di Milano direi che mi orientano abbastanza, orientano abbastanza il mio operato, nel senso che mi ci ritrovo e magari anche inconsciamente nell'operare sul singolo caso ho in mente quei riferimenti lì e quindi cerco di portarli avanti in qualche modo. (AS5)

Le ipotesi che mi guidano, ecco, possono essere un po' sempre nell'ambito di un approccio sistemico-relazionale. Devo dire che questo modello lo trovo abbastanza rispondente all'intervento di servizio sociale, lo trovo efficace, comunque trovo che sia un supporto all'intervento, perché offre delle cornici di riferimento entro cui guardare la situazione. (AS10)

AS11, una delle quattro assistenti sociali che parlano di modello sistemico relazionale evidenzia come sia difficile collegare la pratica alla teoria. Afferma però che i suoi insuccessi possono essere ricondotti ad una poca chiarezza degli interventi e dell'approccio complessivo alla situazione:

l'utilizzo di teorie e la prassi quando lo spieghi ai tirocinanti è sempre chiaro. Poi nella pratica vai avanti un po' così, senza pensare. Io sicuramente credo molto nell'ottica sistemico-relazionale. Devo dire che nella mia esperienza gli insuccessi principali che ho avuto sono stati insuccessi dovuti al fatto che ho considerato, anche sull'onda di dover fare delle cose, di dover rispondere alla segnalazione della scuola, ho considerato il bimbo segnalato come un elemento problematico in se senza tenere conto del suo sistema e di fatto in questo modo siamo stati poco incisivi sul sistema stesso e la situazione non ha avuto cambiamenti positivi.

Alcuni assistenti sociali parlano di autoformazione, sono però momenti generalmente sporadici, non comuni alla maggioranza dei servizi e non presenti su questi temi nell'ambito dei centri di salute mentale:

di situazioni andate bene non ne parliamo con i nostri responsabili, tra colleghe un po' di più... come auto formazione perché questo spazio ce lo abbiamo. Qui devo dire che è abbastanza una prassi che quando ci sono situazioni, soprattutto situazioni in cui ci siano rapporti con altri servizi, dove le cose girano in un certo modo, aldilà dei risultati, le condividiamo perché poi si può creare un'abitudine a lavorare in certo modo se quel modo ha funzionato. (AS11)

Facciamo anche come area minori delle giornate seminariali. Facciamo delle riunioni quindicinali e poi ogni tanto ci incontriamo per una giornata intera e facciamo il punto della situazione, sia da un punto di vista di gestione degli interventi, che da un punto di vista auto-formativo. (AS7)

Al di là di alcune eccezioni tra i medici e gli assistenti sociali il rapporto con la lettura, come emerso anche in altre recenti ricerche, è quasi sempre subordinato alla disponibilità di tempo ma anche alla disponibilità di spazio mentale

ogni tanto leggo articoli che qualcuno mi allunga o che io riesco a vedere.. ti aprono delle finestre. Però poi devi riuscire a vedere... confesso che devi essere nel momento giusto perché poi alle volte leggo ma senza capire, giusto perché mi arriva ma non sono così disponibile. (AS6)

La formazione avviene principalmente attraverso partecipazione a convegni e seminari. Tra i medici hanno partecipato a corsi di formazione sulla tutela dei minori ed il sostegno alle competenze genitoriali solo tre psichiatri che fanno parte nei loro contesti territoriali delle équipes per il maltrattamento e l'abuso definite a livello nazionale e da delibere regionali.

È da segnalare che nessuno degli intervistati ha avuto modo di partecipare a convegni specifici sugli interventi di sostegno alla genitorialità di pazienti psichiatrici. Non si tratta di mancanza di disponibilità a farlo o di diniego di consenso alla formazione da parte degli enti ma di una reale mancanza di occasioni formative specifiche. Tutti gli assistenti sociali hanno partecipato a corsi di formazione sugli interventi di sostegno e tutela delle genitorialità ma in nessuno di questi hanno mai incontrato un focus specifico sul tema.

6. sintesi dei principali risultati.

Mi avvalgo di una tabella per fornire un quadro di insieme e per sintetizzare le rappresentazioni e le percezioni degli intervistati sugli interventi di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici.

La strutturazione della tabella permette di identificare le percezioni su vantaggi e limiti di ciascun intervento o strumento professionale e di evidenziare la prevalenza o l'equilibrio tra funzioni di controllo o di sostegno.

Interventi e strumenti professionali.	Rappresentazioni degli Assistenti Sociali		Rappresentazioni degli Psichiatri	
	Vantaggi	Limiti	Vantaggi	Limiti
Intervento infermieristico	-maggiore vicinanza emotivo-relazionale; -mediatori della relazione con AS, - monitoraggio della relazione madre/bambino.	- incertezza presenza della figura; - incertezza sulle motivazioni che ne definiscono la presenza; - mancanza specifica formazione; - rischio alleanze.	-maggiore vicinanza emotivo-relazionale; - monitoraggio della situazione psicopatologica.	-figura non codificata; - disponibilità personale e non professionale; - riduzione delle risorse - mancanza specifica formazione nell'ambito dei minori; - rischio alleanze;
	- prevalenza funzioni di sostegno; - aspettativa di valenza di controllo della relazione madre/ba non realizzata		- prevalenza funzioni di sostegno. - il controllo si manifesta nel controllo degli aspetti psicopatologici	
Intervento di educativa territoriale	- osservazioni nel contesto di vita; - supporto all'AS per la valutazione delle competenze genitoriali.	- riduzione disponibilità e contrazione a situazioni di rischio conclamato aumentano gli aspetti di controllo; - necessità trasformaz.ne obiettivi intervento; - poca flessibilità dipendenti pubblici.	-figure neutre rispetto al percorso, assumono una valenza negativa e di controllo in situazioni di allontanamento in situazioni di incontri protetti tra paziente e figlio.	-figure non qualificate nell'ambito della patologia psichiatrica -non attivabile direttamente dal CSM con personale dipendente.

	- su un piano ideale prevalenza funzioni di sostegno ma l'intervento è depotenziato dai limiti individuati dagli assistenti sociali e si traduce in una forma di controllo quasi esclusiva;		- non emerge la percezione di prevalenza di funzioni di sostegno o di controllo. L'intervento viene valutato come di marcato controllo solo quando effettuato nell'ambito dei luoghi neutri.	
Intervento di assistenza domiciliare	-maggiore numero di ore di intervento; -osservazione dinamiche familiari; -capacità osservative; - mancanza di formazione specifica	-riduzione possibilità intervento;	- reale sostegno ai pazienti psichiatrici; -osservazione dinamiche familiari; -mancanza formazione specifica;	-riduzione possibilità intervento;
	-equilibrio tra funzioni di sostegno e di controllo;		-prevalenza funzioni di sostegno. Intervento valutato in modo positivo da tutti gli intervistati. Reale possibilità di sostegno.	
Intervento di inserimento in comunità madre/bambino	- possibilità di valutazione delle competenze genitoriali in ambiente tutelante per il bambino;	- scelta possibile solo in situazioni di rischio conclamato e non come sostegno preventivo - mancanza di strutture idonee;	- possibilità di valutazione delle competenze genitoriali in ambiente tutelante per il bambino; -rilevante percezione di sostegno delle competenze genitoriali	- inadeguatezza strutture presenti a livello regionale;
	-tutela per il minore e controllo dei genitore		-la più completa forma di sostegno al paziente è depotenziata dalla mancanza di strutture idonee	
La segnalazione all'AG	-obbligo di legge non prevalente; -vincolo alla collaborazione da parte dei genitori; -strumento di sfondamento del limite per ottenere la collaborazione di altri professionisti e l'autorizzazione alla spesa per gli interventi.	-rischio di limitazione della possibilità di negoziazione di accordi con le famiglie legate alla necessità strumentale di segnalazione;	-non emergono aspetti di positività rispetto al coinvolgimento dell'AG nei progetti;	-la segnalazione viene vista dagli psichiatri unicamente come intervento di controllo del loro lavoro e dei pazienti
	-strumentale per poter attivare interventi di sostegno, funzione di controllo nei confronti dei processi		-unicamente funzioni di controllo.	

	maggiore che rispetto alle famiglie			
I colloqui professionali	- è uno specifico l'obiettivo di lavoro sulle competenze genitoriali;	- difficoltà relazionali; - scarsa negoziazione da parte del paziente;	-il sostegno delle competenze genitoriali non è un obiettivo dei colloqui clinici	- il sovraccarico di lavoro limita le possibilità di comprensione della situazione globale della persona; -mancanza di strumenti di lettura dei rischi per i bambini
	-l'aspettativa di funzioni di sostegno del colloquio viene fortemente limitata dalle difficoltà relazionali e il colloquio si riduce ad una funzione di controllo del percorso		-il colloquio psichiatrico non ha obiettivi specifici di sostegno o di controllo delle competenze genitoriali ma solo degli aspetti psicopatologici	

Tabella 2. Elementi di sintesi. Le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri sugli interventi e sugli strumenti professionali. Il sostegno ed il controllo.

Abbiamo visto nella prima parte come le funzioni genitoriali non sono influenzate solo dalle caratteristiche del singolo genitore, ma dipendono - tra le molteplici e complesse variabili che entrano in gioco – anche dalla relazione fra i coniugi, dalla possibilità di ricevere supporto sociale, dall'età del bambino (Di Blasio, 1995, Hall, 2006, Bertotti, 2012).

Il modello di Hall (2006) ci indica quali sono i rischi specifici per i figli dei pazienti psichiatrici concentrandosi sui fattori predisponenti, perpetuanti o precipitanti. Gli interventi domiciliari effettuati da infermieri, educatori, assistenti domiciliari potrebbero offrire un sostegno alle famiglie nei periodi inter-critici, potrebbero cioè assicurare la tutela dei minori e dei loro genitori nei periodi nei quali il rischio specifico è dato dai fattori predisponenti legati alla patologia. La continuità dell'intervento potrebbe garantire il monitoraggio della situazione e la valutazione dell'organizzazione in momenti nei quali il quadro psicopatologico peggiora a fronte di fattori perpetuanti o precipitanti. L'attuale organizzazione dei servizi, secondo gli intervistati, non sembra poter accogliere queste esigenze e la tendenza osservata è quella di chiudere l'intervento risolta la crisi acuta. Occorre però individuare quali spazi possono essere lasciati aperti in considerazione del fatto che le patologie delle quali ci occupiamo hanno un carattere di cronicità e di ciclicità e sono influenzate da tutti gli eventi che le famiglie affrontano.

Rispetto agli interventi presentati nel capitolo evidenzio gli aspetti maggiormente significativi.

Gli interventi infermieristici sono visti dagli assistenti sociali e dagli psichiatri come una risorsa essenziale e positiva che, sebbene presenti una dimensione di controllo, viene percepita in prevalenza come di sostegno. La percezione degli intervistati si differenzia rispetto alle aspettative degli obiettivi dell'intervento: gli psichiatri, in prevalenza, evidenziano la possibilità di un monitoraggio della situazione psico-patologica e solo secondariamente obiettivi di osservazione delle dinamiche

familiari e relazionali, per gli assistenti sociali l'aspettativa è opposta e prevale una funzione di osservazione della relazione tra madre e bambino. Rispetto ai limiti evidenziati dagli intervistati prevale la percezione di una mancanza di competenze tecniche che permetta una maggiore oggettività e la riduzione del rischio di alleanze con l'adulto. Ulteriore limite viene evidenziato da parte degli assistenti sociali nell'assenza di una definizione di compiti e funzioni specifiche di questa figura professionale che non sempre viene utilizzata nei progetti. Sembra rimanere sullo sfondo il fatto che, per il loro ruolo, gli infermieri possono avere numerose ed importanti informazioni conoscitive sul nucleo familiare: dalle interviste effettuate emerge poco un'attenzione alla ricchezza di contributo alla comprensione che potrebbero dare. In altre parole la sensazione è che si parli di queste ed altre figure in modo strumentale più che nei termini di costituzione di équipe multi-professionali.

Gli interventi di educativa territoriale sono visti dagli assistenti sociali come una risorsa positiva, per entrambe le figure sono presenti aspetti di criticità che ne limitano le potenzialità di sostegno alle famiglie trasformandoli in interventi con marcate funzioni di controllo perché a fronte della contrazione delle risorse questo tipo di intervento viene attivato in situazioni gravi nelle quali è già presente un dispositivo dell'autorità giudiziaria. Entrambe le figure evidenziano come la sostanziale mancanza di formazione sugli aspetti psicopatologici possa portare a valutazioni negative a fronte di comportamenti eclatanti connessi alla sintomatologia. La sensazione è che quando assistenti sociali e psichiatri parlano di queste figure le rappresentino su un piano ideale ma nel concreto degli interventi la mancanza di una formazione specifica, la difficoltà di accettazione di un ruolo non solo di vicinanza ai bambini ma anche di sostegno dei genitori, la riduzione dell'ampiezza degli interventi porta ad una sostanziale scarsa possibilità di incidere nella vita delle famiglie.

L'assistenza domiciliare si caratterizza per funzioni di sostegno per entrambe le figure professionali. Mentre per gli assistenti sociali sono evidenti anche funzioni di controllo delle relazioni tra genitori e figli per gli psichiatri questo aspetto non è presente. Rispetto a questo intervento è interessante l'aspetto legato alla formazione: mentre la presenza di riferimenti teorici aspecifici rispetto alla patologia psichiatrica o ai rischi per i minori sono visti come un limite dagli assistenti sociali e dagli psichiatri quando parlano degli interventi di infermieri ed educatori questo non sembra avvenire per gli operatori socio sanitari che proprio a causa della mancanza di riferimenti teorici possono essere per assistenti sociali e psichiatri un punto di riferimento per la descrizione di ciò che avviene in famiglia, descrizione che non si accompagna ad una interpretazione di ciò che osservano come invece accade con altre figure professionali.

Rispetto all'affidamento professionale mi sembra di poter dire che in un continuum da maggiore a minore sostegno o controllo questo intervento per gli assistenti sociali si colloca in modo quasi esclusivo tra gli interventi di sostegno non solo al minore ma anche al nucleo familiare nel complesso. Gli psichiatri non fanno

valutazioni specifiche di questa declinazione dell'intervento mentre percepiscono come unicamente di controllo altre forme di affidamento poiché nella loro percezione all'allontanamento non corrisponde un successivo lavoro di recupero delle competenze genitoriali e le forme di incontro tra i bambini ed i genitori non sono valutate sufficienti per un mantenimento del legame affettivo. Una diversa valutazione viene fatta dell'affidamento residenziale a parenti perché ritengono che permetta al genitore il mantenimento di spazi di incontro con i figli ed al contempo permette ai bambini di rimanere in un ambiente familiare. Rispetto agli assistenti sociali vi sono percezioni differenti a seconda del tipo di intervento. L'affidamento diurno e professionale si collocano tra gli interventi di sostegno al nucleo familiare mentre l'affidamento residenziale viene utilizzato come una forma di tutela.

Le difficoltà connesse all'utilizzo di interventi di inserimento in comunità sono rilevate da molti operatori intervistati, percepiscono che la mancanza di risorse adeguate alle necessità delle pazienti rende il lavoro meno incisivo, residuale, sembra molto limitata la possibilità di offrire un sostegno coerente con le difficoltà delle mamme con patologia psichiatrica. E' interessante sottolineare come per gli psichiatri l'inserimento in comunità madre-bambino sia, insieme all'assistenza domiciliare, l'unico intervento che si connota chiaramente per funzioni di sostegno delle competenze genitoriali delle pazienti psichiatriche.

Rispetto alla segnalazione all'autorità giudiziaria alcuni aspetti di sintesi mi sembrano particolarmente interessanti. Mentre per gli psichiatri la segnalazione ha unicamente un valore di controllo delle famiglie, per gli assistenti sociali la cornice giuridica viene spesso utilizzata in maniera strumentale per riuscire a potenziare il sostegno che può essere offerto alle famiglie. La segnalazione viene utilizzata per vincolare ad un rapporto di collaborazione con il servizio sociale i genitori ed i servizi specialistici per la salute mentale e della psicologia dell'età evolutiva, per l'attivazione di servizi ed interventi. L'utilizzo di questo strumento con questi presupposti può incidere sulla possibilità di lavorare con le famiglie per la negoziazione di posizioni comuni, per l'accettazione e la condivisione delle scelte progettuali. Limita in sintesi la possibilità di coinvolgere le persone nel loro percorso. Un ulteriore rischio è legato al fatto che il mantenimento della cornice giuridica permette agli assistenti sociali una rassicurazione sulla continuità della collaborazione ma questa scelta può rendere difficile il riconoscimento dei miglioramenti nelle competenze genitoriali.

Le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri sullo strumento del colloquio evidenziano prevalentemente limiti e non potenzialità. Le difficoltà sul piano relazionale, il prevalere di una dimensione di preoccupazione per i bambini, la mancanza di strumenti di lettura degli aspetti psicodiagnostici sembrano irrigidire la relazione tra assistenti sociali e genitori ed il rapporto rischia di essere caratterizzato dalla sfiducia. Questi aspetti sembrano confermare le ipotesi di fondo e collocare l'intervento in una cornice di tutela/protezione dei minori. Gli psichiatri evidenziano come un approccio al paziente in senso psicoterapico non sempre sia possibile poiché la riduzione delle risorse limita spesso questo strumento ad un mero controllo della

sintomatologia: la riduzione complessiva dell'offerta dei servizi specialistici per la salute mentale e l'aumento della richiesta di cura si traduce in generale in una difficoltà nella presa in carico delle situazioni e quindi nell'inadeguatezza della proposta di cura che ha conseguenze importanti nelle situazioni complesse come quelle delle famiglie in cui vi sono genitori con figli minori perché necessitano di una integrazione con altri professionisti e servizi.

Le rappresentazioni sul significato del proprio lavoro accomunano la posizione di assistenti sociali e psichiatri ed in generale l'analisi delle riflessioni su questo punto fa emergere la percezione di una situazione di insoddisfazione e di limitazione dell'autonomia professionale. Gli interventi che possono essere attivati, come abbiamo visto nella prima parte del capitolo, sono ridotti ed appare complesso poter offrire alle famiglie percorsi di sostegno che siano realmente in grado di incidere sulle difficoltà incrementando le potenzialità individuali.

Concludo questa sintesi riportando l'attenzione sugli orientamenti dei servizi tra posizioni di tutela/protezione e sostegno.

Gli psichiatri sembrano sempre collocarsi sulla posizione di non dividere i bambini dalle loro madri e valutano come interventi di sostegno quelli che sono ritenuti in grado di permettere il raggiungimento di questo obiettivo. Come emerge dalla tabella sono due gli interventi che secondo questi professionisti si connotano maggiormente di valenze di sostegno: l'intervento di assistenza domiciliare e l'inserimento in comunità madre/bambino. È interessante evidenziare che mentre il primo viene attuato a domicilio, il secondo prevede l'inserimento della coppia madre/bambino in una struttura comunitaria e quindi la contemporanea tutela dell'adulto e del bambino. Ritengo importante sottolineare questo elemento poiché mi sembra presente nei medici in questa situazione un'attenzione ai minori ed ai loro bisogni non individuata in linea generale. In presenza di gravi carenze nelle competenze genitoriali essi non escludono che sia necessario progettare interventi che permettano una riduzione dei rischi che possono correre i minori ma anche in questa situazione è prevalente l'attenzione al mantenimento della relazione.

Rispetto agli altri interventi attivabili la sensazione degli psichiatri è che nessuno sia in grado di favorire un reale sostegno delle madri ed il rischio è quindi che in mancanza di sostegni adeguati i minori siano allontanati dal nucleo familiare.

La percezione degli assistenti sociali rispetto alle funzioni di sostegno o di tutela/controllo dei diversi interventi mi sembra connotata da un maggiore equilibrio ma questa compresenza sembra collocarsi su un piano ideale perché nella pratica si scontra con le limitazioni imposte dalla contrazione delle risorse economiche e di personale. Nell'analisi delle interviste emerge che anche gli interventi che potenzialmente potrebbero avere delle marcate componenti di sostegno delle competenze genitoriali, come quelle per esempio degli interventi di educativa territoriale assumono la forma del controllo poiché possono essere attivati solo in situazioni di rischio conclamato e

perdono quindi le potenzialità di prevenzione che lo connotano su un piano teorico. In questa situazione gli interventi del servizio sociale possono diventare realmente forme di controllo degli adulti, gli spazi di lavoro sul sostegno delle competenze parentali si riducono e risultano aumentati i rischi di dover attuare interventi di tutela dei bambini attraverso il loro allontanamento dal genitore. Nelle rappresentazioni degli operatori la situazione si presenta quindi come polarizzata tra due opposte posizioni: da un lato gli psichiatri lavorano per “tenere insieme” le famiglie e dall’altro gli assistenti sociali “le separano”. A fronte di questa percezione risulta fortemente limitata la possibilità di una collaborazione tra le due figure professionali.

Se in generale abbiamo visto tanto negli aspetti normativi quanto rispetto alle cornici teoriche e metodologiche la ricerca di un equilibrio tra funzioni di sostegno e di controllo, nelle situazioni di genitori affetti da patologia psichiatrica questo orientamento appare particolarmente complesso. Nelle situazioni di genitori con patologia psichiatrica appare ridotta la possibilità di coinvolgere le persone nei progetti, di immaginare risultati in grado di tutelare tutti i membri della famiglia e nelle percezioni degli intervistati emerge un diffuso senso di impotenza che limita sul piano concreto la possibilità di interventi di sostegno a minori ed adulti ed influenza in senso negativo le considerazioni sul ruolo e sul significato del lavoro dei due professionisti.

Si aggiunga a ciò che come abbiamo visto sembra esserci in generale una scarsa riflessione sull’efficacia degli interventi ed è quindi particolarmente complesso riuscire ad argomentare le scelte e le definizioni progettuali in un ambito nel quale, a fronte della patologia, sembra particolarmente difficile individuare obiettivi, indicatori di risultato, conseguenze che la malattia può avere sullo sviluppo dei bambini.

Nell’ambito dei progetti rivolti a genitori con patologia psichiatrica sembra confermarsi l’ipotesi che la complessità connessa alla malattia, ai rischi di cronicizzazione degli interventi, alle difficoltà di valutazione dei rischi per i bambini, alla mancanza di competenze specifiche sulla malattia mentale porti al prevalere di una posizione nella quale si sottolineano le carenze dei comportamenti genitori.

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Sesto Capitolo

Su un'unica scrivania⁵⁷. La collaborazione e le équipes integrate.

Il tema del rapporto interprofessionale tra assistenti sociali e psichiatri si collega ad uno dei riferimenti metodologici cruciali analizzati nei capitoli iniziali. Abbiamo osservato come tanto dal punto di vista giuridico quanto rispetto alle priorità delle politiche per la famiglia l'attenzione ai compiti di sostegno delle competenze genitoriali è costantemente sottolineata. Inoltre la tutela dell'infanzia coinvolge sistemi interdipendenti, la famiglia, l'autorità giudiziaria, il sistema dei servizi e come i mutamenti in ciascun sistema influenzano gli altri (Bertotti, 2012).

Operativamente, abbiamo messo in evidenza come in situazioni nelle quali uno o entrambi i genitori hanno una diagnosi di malattia mentale, l'intervento si caratterizza per una maggiore complessità ma la necessità di instaurare una relazione collaborativa e di sostegno con le famiglie, proteggendo i bambini da possibili danni laddove è necessario, rappresenta una strategia fondamentale (Campanini, Luppi 1988; Folgheraiter 1990; Ferrario 1992; Ghezzi 1996; Cellentani 1998; Campanini, 2010). Nel capitolo precedente abbiamo messo in luce che le difficoltà presenti relativamente a tale indicazione sembrano favorire interventi polarizzati su funzioni di controllo.

⁵⁷ tratto dall'intervista ad AS6

Abbiamo inoltre evidenziato come la scelta teoricamente e metodologicamente fondata in questo tipo di situazioni sia quella di far concorrere più competenze e più punti di vista per elaborare e gestire un progetto.

Si è inoltre sottolineato come la collaborazione tra figure professionali che hanno funzioni, ruoli, competenze e percorsi formativi differenti sia caratterizzata da linguaggi, categorie concettuali e strategie di intervento difformi e che il rischio sia quello di non riuscire a lavorare insieme, soprattutto quando, come nel caso della nostra ricerca, i diversi operatori appartengono a enti diversi e devono quindi negoziare non solo il significato delle diverse competenze professionali, ma anche quello dei rispettivi enti, le cui logiche di intervento non necessariamente coincidono. Non bisogna inoltre sottovalutare gli aspetti legati al conflitto di interessi che può mettere in difficoltà lo specialista psichiatra se viene chiamato ad esprimere una valutazione rispetto alla necessità di allontanare i figli da un paziente con il quale ha una relazione di fiducia (Reder, Lucey, 1997).

In ultimo abbiamo evidenziato come nell'ambito dei progetti di valutazione e sostegno delle capacità genitoriali di pazienti psichiatriche sia necessario attribuire in modo chiaro le responsabilità attraverso un'esplicita divisione di ruoli e di competenze che devono essere poi ricomposte nell'ambito dell'*équipe* integrate sul caso che possono permettere di individuare modalità di lavoro condivise e possono costituire momenti di verifica del lavoro svolto in parallelo dai diversi operatori.

Nel capitolo precedente abbiamo già messo in luce come gli operatori evidenzino una erosione dell'autonomia professionale conseguente alla riduzione delle risorse che ha ricadute sulla possibilità di offrire interventi strutturati e continuativi nel tempo. Tale situazione mette in discussione sul piano operativo il mandato istituzionale di sostegno e tutela delle famiglie ed incide sul mandato sociale e professionale di assistenti sociali e psichiatri.

In questo capitolo, nell'analizzare le interviste si vedrà come sul piano della collaborazione inter-professionale ed inter-istituzionale nelle rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri vi siano aspetti critici legati ai temi del sostegno e del controllo emersi nel precedente capitolo, ai differenti mandati istituzionali e sul piano organizzativo.

Per affrontare globalmente il tema del supporto alle competenze genitoriali avremmo dovuto affrontare il tema dell'integrazione a diversi livelli e cioè tra operatore ed utente, tra operatori nei gruppi professionali sia all'interno dello stesso ente che tra enti diversi, tra responsabili e operatori di servizi pubblici e privati, tra strutture decisionali politiche diverse. La scelta di campo effettuata permette di focalizzare l'attenzione su uno dei livelli: l'integrazione nei gruppi professionali. Come per gli interventi e gli strumenti visti nel capitolo precedente anche rispetto a questo livello si è cercato di conoscere rappresentazioni e percezioni del lavoro di collaborazione tra assistenti sociali e psichiatri. Senza addentrarsi in ipotesi su cosa funziona e cosa non

funziona in termini generali, mi attengo nella presentazione dei risultati agli obiettivi conoscitivi e cioè quale sia la prospettiva di assistenti sociali e psichiatri, figure che hanno un ruolo chiave e di regia rispetto agli interventi. Come è stato evidenziato in altri passaggi del lavoro si tratta di un risultato parziale, che ritengo però importante in un quadro più ampio di conoscenza su questo tema che potrà beneficiare degli elementi conoscitivi che qui vengono evidenziati.

Nella prima parte del capitolo il lavoro di *équipe* viene brevemente delineato attraverso alcune coordinate teoriche: questo passaggio argomentativo risulta particolarmente importante per la funzione di riordino degli elementi di conoscenza senza i quali i successivi passaggi descrittivi legati al tema specifico potrebbero risultare meno comprensibili o scarsamente fondati. Dal secondo paragrafo, mantenendo l'approccio descrittivo utilizzato nel quinto capitolo, i risultati della ricerca relativi al lavoro di gruppo nell'ambito dei progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici vengono presentati con attenzione alle immagini che gli assistenti sociali e gli psichiatri hanno del loro riconoscimento professionale, ai bisogni professionali che spingono alla collaborazione, ai contributi professionali che ciascun professionista può offrire per il raggiungimento degli obiettivi del gruppo ed alle modalità della collaborazione con attenzione alle aspettative reciproche di assistenti sociali e psichiatri. In ultimo contributi e riflessioni degli intervistati vengono presentati in correlazione ai mandati istituzionali.

1. Il lavoro di *équipe*

Quando si parla di *équipe* si fa riferimento a un gruppo di persone con interessi e obiettivi comuni che lavorano insieme unendo i loro sforzi per ideare e progettare uno stesso disegno professionale: vi sono molteplici definizioni del lavoro d'*équipe*, ma tutte rimandano al concetto di lavorare insieme per raggiungere un fine condiviso (Cellentani, 2004:177). Sono presenti in letteratura diversi contributi allo studio del gruppo: il più significativo è il concetto interdipendenza teorizzato da Lewin (1948 in Quaglino et.al 1992:19) il quale afferma che il gruppo non è un'addizione di individui, ma una totalità interdipendente in continua evoluzione a cui ogni persona apporta, non solo le sue competenze e conoscenze, ma anche la sua individualità e personalità

In Italia, il lavoro d'*équipe* emerge come modalità operativa nel secondo dopo guerra ma si sviluppa e diffonde come strumento professionale con le riforme degli anni '70-'80 periodo nel quale il quadro giuridico e istituzionale dei servizi subisce rilevanti trasformazioni. I presupposti del lavoro di *équipe* sono legati all'integrazione di aspetti sociali e psicologici nella definizione di bisogno e malattia, alla necessità di integrazione sociale e sanitaria che consente di rispondere unitariamente alla multi-

fattorialità e complessità del disagio, al superamento di una concezione individualistica dell'intervento a favore di una concezione partecipata e democratica (Zini, Miodini, 1999; Ferrario, 2001; Fabbri, 2006; Miodini, 2013).

L'*équipe* è un gruppo orientato al compito, costituito da più persone con conoscenze e competenze differenti, che in un rapporto di reciproca interazione cerca di raggiungere finalità comuni attraverso una partecipazione attiva e responsabile. L'elemento chiave di questa definizione è il concetto di integrazione intesa, nel campo della politica sociale e dell'organizzazione dei servizi, come metodo operativo che consente di rispondere unitariamente alla multi-fattorialità e complessità del disagio. Affinché si realizzi un processo di integrazione fra operatori per l'elaborazione di progetti individuali e di intervento sociale, tanto all'interno dello stesso ente quanto tra enti diversi, è necessario che ci sia l'accettazione dell'altro, l'ascolto empatico e il confronto critico.

L'accettazione dell'altro implica il riconoscimento del ruolo di ciascun professionista in quanto esperto di una determinata area/servizio (Diomede Canevini, Vecchiato, 2002:57). Gli individui all'interno di un gruppo, oltre che interagire fra loro, devono essere consapevoli gli uni dell'esistenza degli altri, avere la coscienza di costituire un gruppo. È fondamentale che nell'*équipe* non esista una gerarchia di saperi: tutti i punti di vista devono essere considerati con la medesima attenzione e ciascuno deve valorizzare la competenza e il sapere dell'altro.

Un altro atteggiamento indispensabile per poter lavorare positivamente nel gruppo è l'ascolto empatico che, come afferma Dal Pra Ponticelli (in Diomede Canevini e Vecchiato, 2002:57) *consiste nel cercare di capire il senso delle affermazioni altrui, il loro retroterra culturale e teorico e il rapporto con il problema in discussione*. Questo ascolto empatico presuppone la capacità di rispettare le singole professionalità.

L'integrazione fra le diverse professionalità avviene se vi è un confronto critico fra le idee e le posizioni dei diversi professionisti: ciò implica la necessità di conoscere le basi teoriche su cui si fonda l'agire professionale degli altri operatori, i metodi di analisi e di intervento e gli obiettivi che intendono perseguire. Come sostiene Bartolomei (2005:185) *il lavoro di gruppo non è un dibattito dove ciascuno tenta di convincere l'altro della propria tesi, ma è un confronto consapevole, condiviso e organizzato intorno a temi specifici per analizzarli, comprenderli, arricchirli con diversi punti di vista, con l'apporto, cioè, di diverse conoscenze, esperienze e competenze*.

Elisabetta Neve sostiene che non è sempre possibile un lavoro di integrazione fra professionalità diverse. Ciò che però è necessario per realizzare processi di integrazione professionale è agire con una mentalità integrativa. Essa indica una dimensione del pensiero che consiste in una apertura mentale, la quale permette una maturazione della propria professionalità attraverso l'apertura a saperi e ad ambiti disciplinari diversi, da cui possono emergere punti di vista differenti. Ciò è possibile solamente se il

professionista ha interiorizzato un'identità professionale solida, ma aperta e critica (in Diomede Canevini e Vecchiato, 2002:81) .

Affinché sia possibile lavorare insieme è necessario che i membri del gruppo condividano obiettivi, compiti e strategie. L'obiettivo istituisce il gruppo definendone l'origine e il fine, permettendo di rispondere alla domanda "Perché ci siamo riuniti?". Esso rappresenta la meta e il traguardo atteso. Il compito è l'attività che si è chiamati a svolgere, ovvero il lavoro che permette di raggiungere l'obiettivo. Infatti esso risponde alla domanda *Che cosa dobbiamo fare?* È necessario che il compito, di volta in volta, venga definito, chiarito ed esplicitato per poter permettere il ragionamento in termini di metodo, risorse e vincoli. È importante distinguere fra obiettivo e compito perché se viene chiarito solo l'obiettivo è difficile comprendere come operare in modo concreto. Al contrario se viene chiarito solamente il compito, gli individui non sono in grado di valutare la finalità dell'azione.

Oltre all'importanza di avere un obiettivo, un compito e una strategia condivisa, il lavoro d'*équipe* deve essere caratterizzato da alcuni aspetti irrinunciabili: un percorso metodologico confrontabile; una base teorica condivisibile che può anche essere espressa con modalità di intervento diverse da parte dei vari professionisti; una continua valutazione dei risultati raggiunti (Diomede Canevini, Vecchiato, 2002:60) .

Si può concludere con le parole di Ferrario (1992): lavorare come componente di un'*équipe* significa avere un'immagine interna della propria appartenenza, della propria specificità professionale, dei propri livelli di autonomia e differenziazione, ma anche sentirsi parte di un gruppo di lavoro che ha una propria fisionomia ed identità, propri compiti e funzioni, obiettivi contrattati e definiti in comune ed un proprio modo di interpretarli. Ciò non significa acquiescenza a ciò che non si condivide, ma vuol dire piuttosto avere costantemente presente, anche nei momenti di lavoro individuale, la cornice degli obiettivi dell'*équipe*. L'*équipe* è quindi un luogo per molti aspetti complesso come complessa è la realtà di cui deve interessarsi.

L'*équipe* nasce solo nominalmente dall'aggregazione di professionisti con competenze complementari funzionali al raggiungimento di un mandato istituzionale, nel nostro caso il sostegno alle competenze genitoriali, la tutela dei minori e la cura dell'adulto genitore con patologia psichiatrica. Affinché sia in grado di rispondere ai suoi obiettivi è necessario un percorso comune che faciliti la capacità di lavorare insieme. Come afferma Ferrario (1992:110) sono i membri dell'*équipe* nominale che possono produrre, con differenti livelli di responsabilità, una *équipe*-rete. Le caratteristiche che ostacolano o rendono possibile questo passaggio sono legate al riconoscimento professionale, ai bisogni professionali che spingono alla collaborazione, ai contributi professionali che ciascun professionista può offrire per il raggiungimento degli obiettivi del gruppo e sulle modalità della collaborazione con attenzione alle aspettative reciproche di assistenti sociali e psichiatri, ai diversi mandati delle due diverse figure professionali e dai contesti organizzativi. Su ciascuno di questi aspetti ci soffermeremo con attenzione alle relazioni interpersonali ed ai sistemi di appartenenza:

la dinamica dei gruppi è determinata da questi aspetti poiché il rapporto tra singolo e gruppo è caratterizzato dal legame tra gli individui che ne fanno parte.

In generale i gruppi sono caratterizzati da una configurazione dinamica influenzata dai bisogni individuali, del gruppo, dalla pressione dell'ambiente e del momento, come abbiamo visto nella riflessione di Ferrario, l'integrazione non si realizza attraverso la semplice formazione di un gruppo in un sistema sociale organizzato che assegna un compito, ma assume significati legati alle caratteristiche dei membri ed alle modalità di lavoro.

2. la collaborazione tra riconoscimento e squalifica.

La prospettiva verso la quale ci si orienta sul versante del lavoro di cura è quella di interventi che devono essere realizzati attraverso l'interazione strategica tra soggetti istituzionali i quali tendono alla realizzazione di un comune obiettivo mediante forme di collaborazione sinergica. In questa ottica appare fondamentale mettere in risalto che il prerequisito più importante di questa interazione è rappresentato dal riconoscimento reciproco di una diversa e specifica competenza che legittima a intervenire i diversi attori coinvolti (Salvini, 1996).

Accanto al lavoro concreto, orientato ai compiti per i quali il gruppo si costituisce e al raggiungimento degli obiettivi che danno il via all'interazione troviamo fantasie legate alle rappresentazioni, alle immagini ed ai miti che possono ostacolare o favorire il lavoro di *équipe*. Questi miti si fondano sulle emozioni e su sentimenti, positivi e negativi: trattandosi di interiorizzazioni personali, difficilmente vengono portate a conoscenza del gruppo che non può quindi riconoscerle, esplicitarle, rielaborarle.

Dalle interviste ad entrambe le figure professionali emerge, in prevalenza, la percezione di mancato riconoscimento del loro lavoro. Sono pochi gli assistenti sociali che pensano di essere visti come utili dagli psichiatri, sono invece numerose (15 su 20) le situazioni nelle quali gli assistenti sociali affermano di essere viste in modo negativo. È importante sottolineare che sto parlando di percezioni che reputo importante evidenziare perché l'idea di come si viene percepiti influenza le modalità relazionali e la collaborazione anche se questa rappresentazione non necessariamente corrisponde nella realtà al pensiero dell'altro professionista.

Venendo a ciò che ho riscontrato nelle due figure professionali inizio dagli assistenti sociali. AS10 parla della sensazione di essere considerate

un po' delle impiccione. "ecco, queste sociali che pizza, devono sempre segnalare"

All'idea di essere considerate delle "impiccione", si associa la percezione di essere sempre viste come "le cattive della situazione", AS3 afferma di sentirsi considerata dagli psichiatri la "megera":

mi considerano la cattiva della situazione, è come se dicessero "arriva la megera della situazione, che entra e comincia dire che ci sono delle cose che non vanno". Il mio ruolo con le famiglie è molto faticoso perché non è supportato dagli psichiatri.

La sensazione di non essere riconosciuti sul piano professionale crea difficoltà nella relazione interprofessionale e può limitare la possibilità di instaurare una relazione di fiducia. Come emerge dal brano che segue gli assistenti sociali percepiscono una resistenza diffusa alla collaborazione legata alla preoccupazione degli interventi di limitazione della potestà genitoriale:

per alcuni medici l'invio al servizio sociale corrisponde sempre alla pena per i genitori di allontanamento dei loro figli, nonostante tanti anni di collaborazione. Ci sono molti fantasmi rispetto al ruolo del servizio sociale che è quello che punisce, che allontana, che divide le famiglie, che le sfascia. (AS5)

L'idea di non essere riconosciuti e di essere temuti mette in discussione gli assistenti sociali sul piano professionale e sentono, nella relazione con gli psichiatri, di dover spesso giustificare le loro azioni:

hai sempre il dubbio di non aver agito nel modo migliore e passi per la cattiva. In questa situazione, mi facevano passare come operatore cattivo che non tiene conto delle esigenze di una madre. Avevano sempre paura che il servizio sociale puntasse ad allontanare il minore, invece noi abbiamo sempre detto che collaboravamo per sostenere la signora, ma che c'erano grosse difficoltà, che io avrei lasciato il minore lì, solo se c'erano le condizioni di tutela. Erano convinti che io lavorassi contro il genitore e, nonostante tutti i chiarimenti, hanno sempre avuto questa paura. (AS8)

E' molto comune tra gli assistenti sociali ricondurre agli psichiatri stereotipi culturali sugli assistenti sociali che "rubano i bambini", lo esplicita tra gli altri AS16 affermando di essere preoccupata che ciò avvenga anche da parte di professionisti con i quali vi sono esperienze protratte di collaborazione:

è ancora molto diffusa purtroppo l'idea che dall'assistente sociale se ci sono dei figli minori più ne stai alla larga meglio è.

È inutile nascondersi, è diffusa nella cittadinanza, ma, cosa che mi preoccupa ancora di più, è diffusa tra gli psichiatri.

In generale gli assistenti sociali si sentono visti come pericolosi ma sottolineano come le preoccupazioni degli psichiatri non siano esplicitate e quindi sia difficile il confronto:

è presente e forte nel nostro servizio per gli adulti, l'idea del servizio sociale come pericoloso rispetto a quella che è la genitorialità dei loro pazienti. Passa ancora tra le righe il pensiero che se si arriva al servizio, l'assistente sociale ha come obiettivo quello di individuare problemi, magagne, incapacità e quindi propone delle limitazioni alla genitorialità. È strisciante questo timore, questa preoccupazione. Non viene esplicitata ma è come se i pazienti quando vengono inviati al servizio fossero messi sotto la radiografia e fosse nostra intenzione trovare tutto quello che non va perché si vogliono allontanare a tutti i costi questi bambini. (ASI7)

Gli psichiatri evidenziano maggiormente vissuti legati alla non credibilità delle loro posizioni poiché accusati di collusione con i loro pazienti.

Io so che dicono "non chiedere a R."⁵⁸ perché non è neutrale". Credo che questo sia molto svalutante, mi sembra un gioco di potere e non si fa sulla vita delle persone. Il servizio sociale è considerato più neutrale rispetto alla mia posizione di alleata terapeutica anche dal Tribunale. L'ho visto scritto in un decreto del tribunale che la psichiatra, essendo terapeuta non è credibile. (PSI2)

Un secondo aspetto è legato all'idea di essere coinvolti quando è già stata fatta dall'assistente sociale una valutazione di patologia sulla base di comportamenti bizzarri che non necessariamente hanno una motivazione psicopatologica. In questo caso ho la sensazione che possa essere ripreso il discorso sul ruolo di controllo sociale di cui, in generale, gli psichiatri non vogliono essere investiti:

gli altri vedono un disturbo e allora noi dobbiamo fare. Questo è un elemento di scontro, nel senso "noi vediamo dei comportamenti alterati e a questo punto voi dovete prendervi carico dei comportamenti che noi vediamo". In qualche modo è un po' una delega al nostro servizio ad aggiustare le situazioni

⁵⁸ PSI2 si riferisce a se stessa chiamandosi per cognome.

secondo determinate aspettative e questo può diventare un elemento di scontro. (PSI3)

Gli psichiatri sentono di essere investiti di aspettative magiche. Pensano cioè che le richieste che vengono poste dagli assistenti sociali siano di risoluzione della malattia, dei comportamenti inadeguati, degli aspetti di problematicità, di restituzione di un genitore sano ai bambini. Il tema è affrontato da quasi tutti gli intervistati.

Le aspettative sono sempre magiche. Spesso vedo che si pensa che non vogliamo fare le cose mentre invece dovremmo. (PSI4)

Nei gruppi di lavoro è presente un mondo non manifesto che prende forma dalle esperienze che hanno influenzato e caratterizzato la storia professionale degli operatori: spesso è poco visibile nei gruppi perché non ci sono spazi per parlarne. Dove sono stati individuati spazi nei quali confrontarsi su questi aspetti ci sono stati dei miglioramenti evidenti che hanno portato a forme di collaborazione strutturate e soddisfacenti e che sembrano aver ridotto la percezione di non essere riconosciuti:

i primi contatti che ho avuto con il consorzio erano critici si diceva sempre “il centro di salute mentale non vuole fare”. Io sono arrivato qua da un altro centro di salute mentale e mi sembrava strano che non si collaborasse. Poi ho dovuto dare atto che la collaborazione mancava perché mancava una definizione di principio, insomma, cioè “che cosa vogliamo noi?” e “cosa volete voi?”, diciamoci reciprocamente le cose. Abbiamo organizzato dei momenti per farlo e adesso le cose funzionano. (PSI13)

Sintetizzando, come abbiamo già visto nel capitolo precedente rispetto agli interventi ed agli strumenti professionali, anche le rappresentazioni sulla percezione della propria figura professionale sembra polarizzarsi su due posizioni diverse che partono da differenti obiettivi. Da un lato gli assistenti sociali pensano di essere visti come coloro che colgono i rischi per i minori, le difficoltà, le disfunzionalità familiari e per questi aspetti, coerenti con il mandato istituzionale di tutela dei minori, rischiano di non essere riconosciuti per il loro ruolo di sostegno delle famiglie. Sul versante opposto gli psichiatri, che come abbiamo visto nel capitolo precedente sembrano essere mossi dall'obiettivo di non dividere le famiglie, affermano di non sentirsi creduti, come se la loro fosse una visione ottimistica, non supportata da dati di realtà. Come emerge da alcuni intervistati, sia assistenti sociali che psichiatri, nelle situazioni in cui è stato possibile individuare strategie per trovare spazi di espressione che vanno oltre alla singola e specifica situazione questo sembra aver permesso di uscire da una situazione di imprigionamento nella dimensione emotiva che facilita la formazione di sottogruppi, il prevalere dei sentimenti di antipatia o simpatia o la eccessiva focalizzazione sui propri

bisogni e interessi. Ritengo che questo passaggio, cioè l'incontro tra professionisti, la conoscenza delle reciproche aspettative e ruoli, debba essere un primo passo di un percorso che permetta il superamento della frammentazione prodotta dallo sviluppo di competenze ultra-specialistiche. L'ipotesi che propongo è che le frammentazioni, le compartimentazioni, le separazioni generino una scarsa qualità delle cure in una situazione dove, come abbiamo visto nel capitolo precedente, sono già presenti numerosi limiti alla possibilità di progettare percorsi di sostegno alle competenze genitoriali e percorsi diagnostici terapeutici appropriati che permettano ai pazienti genitori di essere seguiti, lungo il decorso della malattia, secondo il tipo di necessità.

3. la necessità della collaborazione. Arrampicate in cordata e in solitaria.

Ma la collaborazione è davvero necessaria secondo queste due figure professionali? Per comprendere se la collaborazione è davvero ritenuta sempre necessaria è stato chiesto a tutti gli intervistati se nella loro carriera professionale vi sono esempi di situazioni nelle quali non avevano ritenuto necessari la segnalazione ed il confronto con l'altro servizio.

Le posizioni che ho rilevato sono differenti.

Per tutti gli assistenti sociali la valutazione ed il sostegno delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica dovrebbe avvenire solo attraverso un dialogo ed una condivisione con gli operatori della rete dei servizi specialistici del territorio, psichiatri e psicologi dell'età evolutiva.

Non vi è nella carriera professionale dei venti intervistati una sola situazione di adulti genitori affetti da patologia psichiatrica in cui non vi sia stata la richiesta di intervento del centro di salute mentale. Tale richiesta deriva, nella percezione degli intervistati, dalla consapevolezza della mancanza di competenze specifiche nella valutazione delle difficoltà connesse alla malattia. Non sempre tale richiesta ha portato alla possibilità di progetti condivisi ed in mancanza della collaborazione l'esito dell'intervento, in presenza di più o meno gravi patologie psichiatriche, è stato caratterizzato dall'impossibilità di sostegno delle competenze genitoriali e dalla necessità di interventi di tutela dei minori che hanno visto anche il loro allontanamento dalle famiglie. In sintesi, un orientamento polarizzato sul rischio a fronte dell'impossibilità di instaurare una relazione collaborativa con il genitore.

La necessità di collaborazione non è ravvisata in ogni situazione dagli psichiatri: ognuno dei diciassette intervistati ricorda più di una situazione in cui non ha ritenuto necessario il coinvolgimento del servizio sociale territoriale. Le motivazioni si collocano su differenti livelli.

Da un lato gli psichiatri evidenziano che la scelta di non richiedere la collaborazione degli assistenti sociali è legata alla possibilità di offrire ai pazienti interventi di sostegno di per sé sufficienti nel sostegno delle competenze genitoriali senza dover richiedere risorse aggiuntive:

io faccio un discorso di risorse. Se con determinate risorse senza allocarne altre riusciamo a gestire bene la situazione, se quello che riesco a fare io con le mie risorse di medico di ambulatorio con gli infermieri che ho a disposizione funziona, non ho bisogno di avere una batteria completa di interventi. (PS11)

Tale posizione, come specifica PS11 non è stata assunta per la paura dell'intervento del servizio sociale ma per una valutazione di opportunità. Questa decisione può risultare problematica se pensiamo a quanto emerso nel capitolo precedente. Quali competenze specifiche rispetto alla valutazione del benessere/malessere dei bambini possono essere messe in campo dagli operatori dei centri di salute mentale? Il rischio di una posizione di questo tipo è legata tanto al fatto di non identificare elementi problematici quanto al fatto di negare alle famiglie interventi che potrebbero migliorare la qualità complessiva delle relazioni, con attenzione al benessere di tutti i membri. Emerge in tutte le interviste, come detto, la convinzione di poter valutare autonomamente i bisogni dei bambini pur con competenze teoriche, relazionali e spazi di osservazione ridotti. Esemplicativa al proposito l'affermazione di PS18 che motiva la decisione di non segnalare la situazione di una madre al servizio sociale territoriale:

io la valutazione di non segnalare al servizio sociale l'ho fatta perché ho un buon rapporto con la signora. Spesso mi ha portato il figlio quando era a casa da scuola a conoscere e quindi io ho visto che è un bambino che si relaziona bene con gli altri, gioca, parla, non ha un ritardo, non aveva segnalazioni da scuola. Aveva un funzionamento scolastico buono, non aveva nessun segnale di allarme aspecifico che potessi valutare io. Lo conosco da cinque anni l'ho visto crescere, non ho mai visto segni di disattenzione nei suoi confronti da parte della madre o da come lui si presentava: non l'ho mai visto macchiato, sporco, spettinato, non l'ho mai visto maleducato, non ha mai fatto un capriccio, mentre io davo una ricetta alla mamma. Credo che lui sia in grado di capire che la mamma non è scentrata totalmente. (PS18)

In altre situazioni emerge invece come il medico possa non rendersi conto della presenza di difficoltà familiari poiché il paziente non ne parla nel corso dei colloqui e il

medico non fa indagini specifiche sul punto. L'esito di questa posizione di centratura sulla persona in cura fa sì che prevalentemente non sia il centro di salute mentale a segnalare situazioni di persone con figli al servizio sociale. Lo psichiatra viene ingaggiato nella collaborazione dall'assistente sociale.

I casi più frequenti sono i casi in cui il servizio sociale segnala a noi la sofferenza, perché di fatto il servizio psichiatrico, che rimane ancora molto un servizio sanitario e quindi medico, è molto centrato sul paziente, su colui che affrisce al servizio e solo in casi piuttosto rari succede che la persona in un qualche modo possa segnalare delle difficoltà familiari. Per lo più sono i servizi sociali che si avvedono di qualche difficoltà e quindi ce la segnalano. A mio parere, il mio servizio non sembra ancora essere molto capace di testare queste situazioni perché non ci sono una serie di professionalità capaci di farlo. (PSI3)

Sembra emergere una mancanza di chiarezza sulla necessità, evidenziata sul piano teorico, di una collaborazione interprofessionale in queste situazioni. L'integrazione tra servizi come ricorda Pedrocco Biancardi (2008), può assicurare alle famiglie quegli aiuti che consentono di uscire dalla zona di rischio e di farsi carico, con il dovuto sostegno, del compito genitoriale prima che l'incapacità, la solitudine, le conseguenze di esperienze esistenziali negative degenerino in carenze genitoriali gravi, procurando danno alla prole.

Le aspettative nei confronti della collaborazione sono in alcune situazioni caratterizzate da stereotipi positivi: si rilevano numerose affermazioni che rimandano ad una collaborazione che nasce in modo spontaneo, automatico e che non necessita di un lavoro di costruzione di significati condivisi.

Come per le aspettative nei confronti degli psichiatri, che vedremo nel prossimo paragrafo, anche in questo caso è il gruppo di giovani assistenti sociali che esprimono tali idee e ritengono in qualche modo "dovuta" la collaborazione nelle *équipe* interprofessionali. Per i più anziani è un percorso che deve essere costruito e sul quale occorre investire le proprie capacità professionali:

la collaborazione è fondamentale per poter gestire il caso. È essenziale, perché diventi utile, trovare un linguaggio comune, quindi è un lavoro in più. Il mio pensare che è essenziale mi porta a cercare forme di collaborazione e il mio pormi nei confronti del servizio di salute mentale rientra nel mio lavoro professionale. La collaborazione non mi è dovuta. Molti assistenti sociali dicono "è loro compito, devono collaborare" ma a me non me ne frega niente che loro lo devono fare. A me interessa che questa psichiatra faccia il suo lavoro con questa

donna e quindi mi pongo della situazione di avere come utente, tra virgolette, come bersaglio del mio intervento la salute mentale. (ASI)

Un approccio di questo tipo sembra permettere la costruzione di alleanze professionali in grado di far fronte alla complessità delle situazioni. Gli assistenti sociali che condividono questa posizione affermano di avere la responsabilità complessiva del benessere familiare e non solo dei minori. In questa prospettiva l'assistente sociale si riconosce un ruolo di garante di un progetto complessivo.

Mentre per gli assistenti sociali la collaborazione è ritenuta necessaria a fronte della consapevolezza di mancanza di competenze nella gestione di situazioni di pazienti psichiatrici, per gli psichiatri la collaborazione è vista prevalentemente come un lavoro aggiuntivo ed evidenziano, in coerenza con quanto presente in letteratura, una sostanziale mancanza di cultura professionale alla collaborazione:

per certi versi agli psichiatri manca un po' la cultura della collaborazione. Spesso è molto più semplice fare il proprio lavoro senza organizzare incontri, telefonate. La collaborazione può essere una fatica in più. (PSI2)

Come emergerà più avanti, in alcune situazioni, a seguito di esperienze di collaborazione che hanno portato all'allontanamento dei minori dalla famiglia e ad incomprensioni tra gli operatori, alcuni psichiatri evidenziano come tendenzialmente evitino di segnalare le situazioni dei loro pazienti poiché temono che gli esiti siano predeterminati e che vi sia una sorta di equazione paziente psichiatrico uguale cattivo genitore.

Emergono due posizioni differenti. Su un piano teorico, gli interventi degli assistenti sociali dovrebbero essere attuati in un processo che dovrebbe avere caratteristiche evolutive e non assistenzialistiche. Per rendere possibile questo obiettivo la relazione con le persone dovrebbe essere in grado di sostenere i processi di cambiamento, la progressiva acquisizione di consapevolezza rispetto alle difficoltà nei compiti genitoriali. Mi sembra di poter dire che la necessità che gli assistenti sociali individuano nella collaborazione possa essere letta in questa prospettiva e, in mancanza delle competenze teoriche che permettano di comprendere come entrare in relazione con il genitore con patologia psichiatrica, la collaborazione con lo psichiatra diviene fondamentale per riuscire a collocare l'aiuto in una dimensione relazionale. Secondo Campanini (2002:44) la dimensione relazionale permea tutto il processo di aiuto accompagnando l'erogazione di prestazioni o l'attuazione degli interventi e costituisce un intervento a sé, con sue specificità. Il colloquio può essere uno strumento di chiarificazione e di sostegno, di rilettura delle relazioni familiari, delle difficoltà che la famiglia affronta ed è in questa dimensione che si attua la possibilità di lavorare con un orientamento attento alle risorse ed ai bisogni della persona. In mancanza della collaborazione che non permette di comprendere quali sono i margini di intervento sul

piano relazionale questo strumento professionale risulta depotenziato ed il rischio è che i colloqui e gli interventi degli assistenti sociali assumano la valenza di controllo del percorso. Per gli psichiatri non appare sempre necessaria la presenza dell'assistente sociale nei progetti di sostegno dei pazienti psichiatrici. In alcune situazioni ritengono di poter lavorare con l'adulto genitore senza l'intervento del servizio sociale. Questa posizione come abbiamo visto viene motivata con la possibilità di verificare i rischi per i bambini nel corso di incontri estemporanei nei quali li vedono insieme al genitore oppure con valutazioni legate al risparmio di risorse che è possibile se non chiedono al servizio sociale di intervenire con progetti di sostegno dei pazienti. Questa posizione può scontrarsi con la reale possibilità di valutare le esigenze dei minori e le difficoltà ed i rischi che possono correre in ambito familiare.

4. *do ut des*: cosa cerco e cosa porto nella collaborazione.

In questo paragrafo tento di evidenziare le rappresentazioni su ciò che gli assistenti sociali e gli psichiatri si attendono dall'altro professionista e su ciò che invece pensano di poter offrire.

Rispetto a ciò che l'altra figura può offrire le richieste e le aspettative degli assistenti sociali si collocano su due posizioni differenti rappresentate dalla parte più anziana del campione e da quella più giovane.

Da un lato gli assistenti sociali con un'esperienza professionale superiore ai quindici anni ritengono necessaria la collaborazione con gli psichiatri per comprendere gli aspetti diagnostici, le implicazioni che queste possono avere tanto nel funzionamento sociale globale quanto, soprattutto, rispetto alla gestione delle responsabilità parentali. Non chiedono invece di esprimersi sulle competenze genitoriali:

un servizio di psichiatria non dovrebbe esprimersi sulla genitorialità nel senso che a loro viene chiesto di esprimersi rispetto alla sofferenza della persona, alla patologia, a che tipo di percorso di cura si può attivare per questa persona. Nella rete possiamo discutere sulla misura protettiva per questi bambini però non viene mai chiesto alla psichiatria di fare una valutazione sulla capacità genitoriale. (AS1)

Questa posizione trova l'accordo di tutti gli psichiatri che evidenziano come non sia di loro competenza una valutazione delle capacità genitoriali:

a volte mi chiedevano di fare una valutazione sulla genitorialità e credo che detta valutazione non sia io a doverla fare non avendo le competenze giuste per certi aspetti. Io posso fare una valutazione psichiatrica. Ma la valutazione sulla genitorialità è di competenza di altri (PSI1).

Si tratta di differenti *mission* istituzionali ma anche di consapevolezza della mancanza di strumenti professionali adeguati e del rischio di inficiare la relazione di alleanza terapeutica con il proprio paziente, aspetto questo sottolineato a livello teorico nella prima parte della trattazione. Questo aspetto sembra contraddittorio se si pensa al fatto che tutti gli psichiatri hanno evidenziato di aver seguito nella loro carriera professionale situazioni di pazienti con figli senza richiedere l'intervento del servizio sociale di territorio. La differenza di *mission* istituzionale e professionali tra i due operatori emerge in modo evidente e gli psichiatri sottolineano che si tratta anche di un problema di formazione:

essendo una psichiatra c'è l'alleanza terapeutica con il genitore che va salvaguardata. Io sono una psichiatra quindi mi occupo della persona, non mi hanno insegnato per quanto mi riguarda che prima c'è il bambino poi c'è tutto il resto. Per me prima c'è il paziente. Siamo abbastanza a compartimenti stagni, ci fanno lavorare così, ci hanno insegnato così (PSI3).

Dalle parole di PSI3 emerge chiaramente la percezione di un mandato di sostegno dell'adulto che è il principale, se non unico, destinatario dell'intervento. Come detto gli assistenti sociali si collocano su posizioni differenti rispetto alle aspettative nei confronti degli psichiatri. Gli assistenti sociali con meno esperienza professionale, forse a causa di una minore abitudine e competenza nella gestione di situazioni complesse, si attendono un sostegno proprio nella valutazione delle capacità genitoriali. Sono le situazioni nelle quali vi sono maggiori elementi di insoddisfazione nella relazione interprofessionale riconducibili alla posizione degli psichiatri che, come abbiamo visto, non si occupano di tale aspetto e in tutte le situazioni analizzate rispondono a tali richieste con un diniego.

Tra le aspettative degli assistenti sociali troviamo anche la necessità di condivisione di responsabilità nell'assunzione di decisioni. Sebbene il compito della tutela dei minori sia istituzionalmente ricondotto ai servizi sociali territoriali la richiesta degli assistenti sociali è che la valutazione venga effettuata in collaborazione con i servizi specialistici per la salute mentale, fatta salva la necessità di individuare le condizioni di maggior tutela per il minore.

La madre aveva un rifiuto per questo bambino e quindi il lavoro che ha fatto la collega, la psichiatra, è stato quello di cercare di capire quale fosse la possibilità di recupero e di accettazione di questo bimbo della mamma... perché è un atteggiamento gravemente danneggiante il bambino questo rifiuto. (AS7)

La collaborazione con la psichiatra, in assenza di una formazione specifica nell'ambito della patologia psichiatrica è sostanziale per meglio comprendere la situazione ed arrivare alla definizione del progetto:

dove c'è la presenza di una patologia psichiatrica è indispensabile la presenza del servizio di salute mentale. Il servizio sociale non ha competenze specifiche in merito, quindi è assolutamente indispensabile il coinvolgimento, se non è ancora presente, oppure il contatto, se il genitore è già in cura. L'assistente sociale deve capire qual è la patologia, in cosa consiste, quali sono i limiti del genitore dettati dalla patologia. Se io seguo mamma "normodotata" che non ha problemi sanitari, i suoi limiti, le sue capacità genitoriali, le sue difficoltà so a che cosa ricondurle. Se c'è la presenza di una patologia psichiatrica è assolutamente indispensabile per l'assistente sociale capire come si esplica o piuttosto se il genitore prende la terapia e cosa succede se non la prende. (AS14)

Ritengo che questa sottolineatura sia riconducibile all'idea che in questo tipo di situazioni senza la collaborazione con gli psichiatri non sia gestibile tanto a fronte della necessità di instaurare una relazione con la persona quanto in considerazione della necessità di avere elementi che permettano di valutare quanto i limiti nelle competenze genitoriali siano connessi alla malattia e quali possibilità vi sono di sostenere l'adulto.

Ulteriore elemento che gli assistenti sociali segnalano tra le aspettative nei confronti degli psichiatri è quello legato alla continuità della relazione di cura: questa richiesta appare spesso disattesa. Questo avviene perché lo psichiatra mantiene un monitoraggio nel tempo se la persona si presenta al servizio ma se non vi è una richiesta di cura il medico non si attiva per favorire un ritorno al servizio.

Possiamo connettere l'aspettativa degli assistenti sociali alla necessità evidenziata da Fava Vizziello (2011) di strutturare, in situazioni di pazienti con patologia psichiatrica, interventi intermittenti nei quali a seconda della fase della malattia vi è una maggiore o minore intensità di rapporti. Questa possibilità è coerente con la necessità di riconoscere che anche in situazioni di malattia mentale vi sono fasi dei cicli vitali delle famiglie nelle quali vi è un buon funzionamento complessivo. Occorre però definire quale servizio mantiene il contatto con le famiglie in modo da

garantire loro la sicurezza di un luogo ove manifestare problemi ma anche un controllo della situazione.

Occorre mantenere il sostegno minimo... in questa situazione non c'è stato un sostegno minimo, nel senso che, ad un certo punto, tutti gli interventi di supporto a questo nucleo sono venuti meno, è venuta meno la sua frequenza al servizio di psichiatria, ma non c'è stata l'attenzione di dire: "questa donna comunque ha due bambini me la cerco, in qualche modo tengo attenta l'attenzione sul suo percorso". (ASI)

Credo che il discorso possa essere nuovamente collocato in riferimento alla prevalenza di un approccio di tutela/controllo o sostegno. Abbiamo visto che negli interventi degli assistenti sociali le funzioni di tutela del minore in situazioni di adulti affetti da patologia psichiatrica sembrano prevalere. In questo quadro è difficile immaginare che l'intervento del centro di salute mentale possa essere interrotto perché questo viene collocato nello stesso orientamento di tutela dei minori proprio degli assistenti sociali:

al servizio per adulti c'è meno la cura del mantenimento di una continuità del paziente. Se non viene, non si presenta all'appuntamento e non ha richiamato per fissarne un altro, lo psichiatra aspetta che richiami. Per noi queste cose sono difficili da accettare perché è proprio una modalità diversa, se una mamma da me non viene e so che è una situazione difficile, la mia preoccupazione mi porta a chiamarla, a capire perché non è venuta, a fissare un altro appuntamento. (ASI6)

Se collochiamo in questa prospettiva le riflessioni degli assistenti sociali appare possibile che la richiesta di un monitoraggio delle situazioni risponda al bisogno per questo professionista di mantenere un controllo sulla situazione legato agli obiettivi di tutela del minore. Questi obiettivi sembrano essere prevalenti e questo emerge anche da altre affermazioni degli assistenti sociali che, se da un lato riconoscono la necessità di una consapevolezza del paziente poiché per primi la ricercano, dall'altra segnalano che per il servizio sociale il legame con il nucleo se vi sono dei minori non può comunque essere interrotto mentre questo può avvenire per il progetto di sostegno e cura del centro di salute mentale:

ci sono stati casi in cui forse anche per l'atteggiamento rifiutante dell'adulto non è stato fatto gran che e questo è un nodo. Nel nostro caso se ci sono dei minori che il genitore sia collaborativo o meno noi dobbiamo comunque prenderlo in

carico. Per lo psichiatra se c'è un genitore poco collaborativo la tendenza è quella di mollare la presa, perché, effettivamente, l'intervento dello psichiatra richiede un minimo di consapevolezza e disponibilità del genitore a collaborare. Questo è un nodo critico rilevante perché nei nuclei in cui ci sono minori, se non c'è il supporto della psichiatria, in presenza di disturbi psichiatrici è ovvio che noi abbiamo poco spazio di intervento. (AS13)

Le aspettative degli psichiatri rispetto all'utilità della collaborazione con gli assistenti sociali nelle situazioni in cui questa si è avviata, si collocano sul piano della possibilità di aumentare la conoscenza delle situazioni nel loro complesso:

gli assistenti sociali hanno sicuramente una buona capacità di osservazione del nucleo familiare e quindi danno molto in termini anamnestici. Accelerano il processo diagnostico che tu fai con i genitori perché le loro osservazioni sono specifiche, puntuali. Danno molto in termini di collaborazione perché se c'è qualcosa che non va alzano il telefono, te lo dicono e quindi tu hai un'informazione esatta. In questo senso danno molto. (PSI13)

Inoltre, si soffermano spesso anche sulla possibilità per gli assistenti sociali di utilizzare con maggiore frequenza lo strumento della visita domiciliare che permette una valutazione della situazione in contesti differenti da quelli normalmente utilizzati dal medico:

secondo me avere delle informazioni sulla quotidianità è fondamentale, quando fai la visita domiciliare, vedi la casa, ti rendi conto di certe dinamiche. In ambulatorio io vedo la mamma, quando vai a casa trovi anche il papà e guardi un attimo la dinamica relazionale, i ruoli di potere tra le diverse componenti. Sei sul loro territorio. Questo è fondamentale, avere quelle informazioni lì è molto utile. (PSI14)

Dagli stralci di intervista che ho riportato emergono aspetti positivi nell'incontro e nello scambio con l'assistente sociale ma come abbiamo visto nel paragrafo precedente, la collaborazione non è ricercata dagli psichiatri. Ho provato quindi ad evidenziare quali sono i limiti che individuano nel ruolo degli assistenti sociali immaginando che siano

questi ad ostacolare la collaborazione. Elemento comune nella percezione degli psichiatri è legato alle valutazioni che gli assistenti sociali fanno sull'idoneità dei comportamenti: evidenziano che la valutazione sembra essere legata a parametri di valutazione standardizzati.

Un elemento di scontro è sulla considerazione della sintomatologia e di come va valutato un comportamento idoneo. Probabilmente noi siamo sempre di manica larga, vedendo molti comportamenti così, siamo più duttili nel valutare l'aspetto patologico. Io vedo da parte di molte assistenti sociali maggior rigidità. È come se ci fosse un solo comportamento adeguato e mi sembrano eccessivamente rigidi nella valutazione in questo senso. (PSI5)

La rigidità nella valutazione viene ricondotta ad una mancanza di competenze sulla malattia mentale, ed alla complessità di un ruolo di controllo.

Le rigidità le vediamo prevalentemente negli assistenti sociali che non sono del nostro servizio. Probabilmente è un problema di formazione, di strumenti, di necessità di controllo. Credo che sia una situazione molto stressante quella dell'assistente sociale. Io credo che gli strumenti che hanno mediamente gli assistenti sociali per valutare situazioni di questo tipo, siano a volte veramente scarsi. Sono situazioni complesse. (PSI5)

È ancora PSI5 ad evidenziare che per gli assistenti sociali è prevalente un ruolo di controllo e di tutela dei bambini e che nelle loro valutazioni prevale l'osservazione degli aspetti più eclatanti. A conferma di quanto già emerso, gli interventi degli assistenti sociali sono collocati in una cornice normativa, di controllo, anche in mancanza di un esplicito mandato dell'autorità giudiziaria:

tutti noi, ma gli assistenti sociali maggiormente, dobbiamo fare delle cose che siano legalmente adeguate. C'è l'aspetto della cornice: intervengo su aspetti eclatanti perché se qualcuno vede che io non intervengo su una situazione di questo genere sono perseguibile. In questo modo si rischia di penalizzare le famiglie nelle quali c'è un genitore con patologia psichiatrica perché magari c'è una trascuratezza fisica che balza all'occhio. Credo che ci siano aspetti molto più sottili e dannosi per i bambini anche in mancanza di patologia dei genitori ma quelli sono difficili da indagare.

Collegata alla visione precedente c'è la considerazione gli assistenti sociali hanno una visione stereotipata di "famiglia buona" e una mancanza di coraggio nel dare

fiducia al paziente psichiatrico. In questo senso, come afferma PSI13 che come abbiamo visto evidenzia anche aspetti positivi nella collaborazione, non si tratta di un valore aggiunto per le famiglie:

le assistenti sociali dei consorzi dentro la loro testa hanno che l'unica famiglia che funziona è quella del Mulino Bianco. Naturalmente è la visione di uno che è abituato a lavorare solo con la famiglia con problemi psichiatrici quindi non so cosa accade nelle altre situazioni. La mancanza di coraggio sta nel non riuscire mai a dare fiducia fino in fondo ad un paziente con problemi psichiatrici. Scatta l'atteggiamento difensivo, scatta la sottolineatura negativa di un determinato comportamento che magari non è diverso da quello che succede in una famiglia per bene, per bene tra virgolette, ma che nel caso del paziente psichiatrico assume una connotazione completamente diversa, come se il paziente non avesse mai il controllo di se stesso.

Il secondo obiettivo conoscitivo di questo paragrafo come ho anticipato è legato alla domanda su quale può essere il valore aggiunto portato da ciascuna figura professionale. Come sappiamo i servizi sono organizzati secondo criteri di campo e di competenza rigidi ma il contributo di ciascuno, a partire dal ruolo rappresentato, è fondamentale in funzione degli obiettivi da raggiungere. Un buon livello di collaborazione permette lo sviluppo di una rete di supporto e di orientamento ma occorre una chiarezza nella definizione degli specifici compiti che possono ostacolarsi, sommarsi negativamente, innestando conflitti e competizioni che possono amplificare le disfunzioni familiari (Campanini, 2002:72).

In riferimento a queste considerazioni ritengo interessante evidenziare cosa le due figure professionali ritengono sostanziale nel loro ruolo in questo tipo di situazioni.

Gli assistenti sociali si riconoscono il ruolo di coloro che rappresentano le esigenze dei minori:

il problema è che far capire che occuparsi dell'adulto, vuol dire occuparsi anche del bambino nel senso che, è il futuro adulto. Occuparsi dell'adulto vuol dire anche aiutarlo a non essere di danno per i suoi bambini, quindi è una forma di aiuto quella che loro esercitano nel mettersi in relazione con noi. (AS1)

Inoltre gli assistenti sociali sono costantemente impegnati a far comprendere la presenza del duplice mandato di sostegno e di controllo, maggiormente presente se vi è un intervento dell'autorità giudiziaria:

mettere sempre sulla bilancia il fatto che il nostro è un ruolo di aiuto e di controllo in contemporanea è veramente l'asse portante nei miei interventi. In certe situazioni non giudiziali prevale l'aspetto del sostegno, che poi è sempre corredato dal controllo, ma le famiglie stesse e il servizio di salute mentale lo riescono più a sentire come un supporto un aiuto, uno spazio di confronto e sfogo. Laddove c'è l'aspetto giudiziale veniamo più percepiti come controllo e la parte normativa è la prevalente, la differenza la fa tanto la cornice giudiziaria o meno. (AS11)

Un ulteriore elemento messo in luce da alcuni assistenti sociali è la necessità di far comprendere quale può essere il valore aggiunto della loro figura professionale. Mentre è molto specifica la competenza dei medici ed è legata alla diagnosi ed alla cura della patologia psichiatrica, alla terapia farmacologica, il rischio è che gli psichiatri non abbiano una piena comprensione del ruolo dell'assistente sociale. Lo evidenzia AS14 che afferma di avere avuto la necessità di spiegare quale può essere il suo ruolo.

Per il medico probabilmente non è così strettamente indispensabile capire cosa fa l'assistente sociale in quella situazione lì. Quando la persona va in colloquio valutano la situazione, decidono se prescrivere o meno al terapia, non sto banalizzando è quello che mi è stato spiegato dagli psichiatri, quello è il loro pezzo di lavoro, quelle sono le loro competenze. Non è così sempre indispensabile capire se quella persona è seguita dall'assistente sociale e cosa sta facendo l'assistente sociale. Il nostro ruolo ha confini meno chiari, meno precisi, più di aiuto e di supporto e meno specifico rispetto agli altri servizi sanitari. Nel servizio sociale rientrano tanti tipi di supporto. Questo mi è stato fatto notare dagli specialisti, che per loro alle volte è più difficile capire come noi possiamo integrare il loro lavoro o come noi possiamo aiutarli e perché è fondamentale contattarci.

Gli psichiatri evidenziano un ruolo di garante degli adulti. Così lo evidenzia PSI16:

ho la sensazione di essere il depositario della relazione, dell'esperienza della persona. In qualche modo mi trovo a dover sempre difendere il mio paziente. Anche nei casi in cui era necessario, era legittimo l'intervento, sono sempre un po' più dalla parte dei pazienti psichiatrici, delle famiglie e dei genitori. Anche se ci sono madri inadeguate, genitori inadeguati, in qualche modo le situazioni vanno tutelate con attenzione all'equilibrio complessivo della famiglia.

L'orientamento degli psichiatri alla tutela del paziente si concretizza nel lavoro che fanno per far comprendere agli assistenti sociali che aspetti psicopatologici e di cronicità della patologia non necessariamente limitano completamente le competenze genitoriali. Rappresentano il loro ruolo come quello di chi cerca di normalizzare gli aspetti di patologia, di porre questi genitori sullo stesso piano di altri che non hanno una malattia mentale. Un'ulteriore interessante riflessione è quella che gli psichiatri fanno in riferimento al fattore tempo ed alla percezione di immutabilità delle situazioni influenzate dalle caratteristiche della patologia. Alcuni psichiatri parlano del termine cronicità evidenziando come sia necessario che gli assistenti sociali riescano a contemplare nei progetti il fatto che le persone possono fare dei cambiamenti quasi impercettibili e che possono necessitare del sostegno per periodo molto lunghi:

a volte ci può essere questa preoccupazione, questa impressione di riuscire a fare poco perché la persona non cambia nel tempo, la sintomatologia si mantiene, ha un andamento ciclico. Il mio obiettivo è cercare di ridurre quella paura, cerco di limitare le idee preconcepite e di lavorare su ogni singolo caso cercando le soluzioni possibili. Non sempre si può andare verso un discorso di maggior autonomia o si riesce a tenere insieme i genitori con il minore, però se si riesce ad avere dei momenti di incontro abbastanza strutturali e di verifica fra servizi si riesce a far capire che la sintomatologia si mantiene nel tempo però si possono avere dei periodi di discreto benessere, e autonomia di questa persona, questo è un po' lo psichiatra che lo deve spiegare. (PSI15)

Nel capitolo precedente ho evidenziato come le percezioni di assistenti sociali e psichiatri rispetto agli interventi deponga per una polarizzazione tra due opposte posizioni una finalizzata al mantenimento dell'unità familiare e l'altra alla tutela dei minori in quanto soggetti deboli e da proteggere da adulti inadeguati sul piano delle competenze genitoriali. Ipotizzavo che a fronte di questa percezione fosse fortemente limitata la possibilità di un lavoro di collaborazione tra operatori che si collocano su differenti posizioni. Nell'analisi delle rappresentazioni degli psichiatri e degli assistenti sociali su ciò che possono dare ed ottenere nella collaborazione mi pare che si assista nuovamente ad uno scontro tra posizioni differenti: gli assistenti sociali "proteggono i bambini" e gli psichiatri "proteggono gli adulti". Sembra mancare la possibilità di una riflessione sulla possibilità di integrare, per il benessere delle persone coinvolte, le diverse visioni.

5. il crocevia di diverse culture professionali.

La collaborazione interprofessionale nell'ambito di gruppi di lavoro avviene all'interno di un sistema sociale organizzato al quale ciascun membro appartiene. Questa pluri-appartenenza è, sul piano lavorativo, ad una categoria professionale o ad istituzioni differenti. Entrambe queste dimensioni sono presenti ed influenzano la relazione tra le due figure professionali intervistate.

Nei paragrafi precedenti ho cercato di far emergere le dinamiche soggettive ed i significati attribuiti da assistenti sociali e psichiatri al proprio essere dentro progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici. Come abbiamo visto ogni soggetto ha propri vissuti, proprie modalità di interpretazione delle situazioni, delle relazioni.

In quest'ultimo paragrafo voglio provare a collegare le difficoltà emerse alle diverse culture professionali ed ai mandati istituzionali dei due professionisti. Il tema della segnalazione di una situazione all'autorità giudiziaria, cioè il momento che segna in modo esplicito il passaggio da un contesto di aiuto ad uno di controllo, mi sembra rappresentare e sintetizzare le difficoltà che i due orientamenti professionali incontrano. Mi sembra importante anticipare come un tema di interesse sia la questione del potere e di come questo sia vissuto dalle due figure professionali. A differenza di molte altre situazioni ampiamente descritte in letteratura, nelle quali la figura medica assume un potere superiore alle altre figure professionali, nella percezione degli psichiatri e degli assistenti sociali coinvolti nella mia ricerca, nell'ambito dei progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici il potere appare nelle mani degli assistenti sociali. Questa ipotesi emerge a fronte di quanto rilevato rispetto al passaggio di contesto ed alla segnalazione all'autorità giudiziaria.

Gli obiettivi, le funzioni e le modalità d'intervento sono stabiliti dalle norme e dall'organizzazione che definiscono come l'assistente sociale deve intervenire nei confronti di cittadini utenti di un determinato servizio (Pieroni, Dal Pra Ponticelli, 2008). Uguale considerazione è presente per la professione medica che se esercitata, come nel nostro caso, in ambito pubblico, viene definita e regolamentata nell'ambito del contratto di tipo privatistico con l'azienda sanitaria. Questi aspetti variano a seconda del settore d'intervento, dell'ente o del servizio in cui i professionisti sono inseriti (Pieroni, 2005:85) ed influenzano la cultura professionale.

Nella percezione degli intervistati la cultura dell'organizzazione di appartenenza sembra definire in modo rigido il ruolo. Gli psichiatri ritengono gli assistenti sociali maggiormente orientati alla tutela dei minori ed il rapporto con i loro genitori sembra sempre essere sullo sfondo:

il consorzio mette in atto delle operazioni di supporto, soprattutto quando c'è di mezzo, un paziente psichiatrico, occupandosi prevalentemente dei minori. Il servizio di territorio supporta i bambini, ha alcuni contatti con il genitore, sia quello non ammalato che quello ammalato, che però sono sempre molto centrati sulla relazione con i bambini. In qualche modo c'è una delega del supporto al genitore tra virgolette malato al servizio psichiatrico. (PSI4)

La delega in alcune situazioni è percepita come completa anche rispetto al sostegno delle competenze genitoriali. PSI4 continua la sua riflessione evidenziando come questa impostazione non riesca a garantire ai pazienti psichiatrici un adeguato intervento:

vedo una sorta di difficoltà ad occuparsi di uno spazio quale quello psichiatrico, psichico, patologico, che si preferisce demandare a persone che vengono sentite come esperti. Il discorso è un po' come se uno che ha avuto un infarto, ossia un paziente cardiopatico, se ha un problema con i bambini noi dessimo queste competenze a quelli della cardiologia. Ovviamente questa è un po' una forzatura ma succede così.

Alcuni assistenti sociali confermano la percezione dei medici e delineano la centratura su un ruolo che ruota intorno al minore, considerato il più debole e indifeso, anche in considerazione della necessità di uniformare il proprio intervento di fronte a pressanti aspettative della collettività. La stessa rigidità viene riferita anche agli psichiatri che hanno invece unicamente un approccio centrato sul paziente.

Come forse è anche giusto che sia, loro (gli psichiatri, ndr) hanno in testa tutto in riferimento al paziente e quindi non quanto tutto questo può incidere sul bambino. Per un mamma psichiatrica con bimbo piccolo gli interventi di tutela possono essere in situazioni gravi anche di allontanamento del bambino dalla mamma. Qui si vede la differenza: per il servizio sociale è una tutela del bambino, per il servizio di salute mentale è un intervento che mette a rischio la vita della mamma perché il bambino è strumentale, funzionale alla sua patologia e quindi il toglierlo peggiora la sua condizione. Dal loro punto di vista, il toglierlo crea un maggiore danno ma nella mamma. Per noi certo che questo non è piacevole però noi siamo chiamati a valutare la tutela del minore e quindi a volte si arriva al contrasto. (AS16)

In un approccio di questo tipo non solo si assiste ad una contrapposizione di interessi tra operatori (tutela del bambino vs tutela dell'adulto) ma il rischio è quello di perdere di vista l'unitarietà della famiglia e si profila una possibile frattura con il mandato professionale degli assistenti sociali che si ispira invece a principi quali l'autodeterminazione, il sostegno ai nuclei familiari, la promozione delle abilità e competenze individuali, familiari e dell'intera comunità. La cultura ed il mandato professionale del Servizio sociale sono condivisi a livello internazionale e possono essere sintetizzate con la definizione di servizio sociale della Federazione Internazionale degli Assistenti sociali: la *mission* del servizio sociale è abilitare tutte le persone a sviluppare il proprio pieno potenziale, arricchire le loro vite e prevenire le disfunzioni. Il servizio sociale professionale promuove il cambiamento sociale, la soluzione dei problemi nelle relazioni umane e la restituzione di potere delle persone per aumentare il benessere.

Rispetto agli interventi nell'ambito di progetti di sostegno delle competenze genitoriali se emerge la prevalenza di attenzione nei confronti del solo bambino le istanze degli adulti non sembrano trovare spazio di ascolto:

ho fatto più che altro interventi di protezione, collocamento in comunità, affidamento a terzi e in ultimo affidamento con rischio giuridico. Interventi in netta contrapposizione con l'adulto che avrebbe voluto altro ma io dovevo limitare la possibilità che il bambino fosse danneggiato dai comportamenti degli adulti che lo circondavano. (AS2)

Diviene difficile in un quadro di questo tipo un'attenzione alle istanze personali ed al principio di autodeterminazione. In situazioni di gravità del quadro psicopatologico si può arrivare a limitare anche la capacità di negoziazione del paziente. È una situazione non segnalata frequentemente dagli intervistati in termini così espliciti ma il rischio è quello di interventi nei quali le persone non sono coinvolte e neppure si provano ad individuare delle strategie per farle arrivare alla comprensione del senso degli interventi di limitazione della genitorialità:

le esperienze che ho avuto erano sempre di persone abbastanza compromesse, entrate ed uscite dal reparto psichiatrico, dove la loro patologia e la loro malattia era al primo posto. Era difficile lavorare perché vedessero le difficoltà nella genitorialità ma dall'altra c'era una facilità perché quando erano a pezzi era più facile far passare delle cose, far accettare che non incontrassero i figli senza grosse polemiche. Con le persone che non hanno una patologia se tu vuoi modificare

*delle modalità di incontro le devi ben giustificare e motivare.
C'è quel vantaggio lì se sono un po' sedati... (AS18)*

E' interessante osservare come considerazioni su ruoli rigidi e polarizzati sull'adulto o sul bambino siano comuni nelle situazioni in cui gli interventi di sostegno alle competenze genitoriali non hanno soddisfatto le aspettative degli operatori coinvolti. Esperienze di allontanamento dei minori dal nucleo familiare e difficoltà nella collaborazione sembrano portare alla presunzione di comprendere la cultura professionale degli altri. Questa radicalizzazione può portare alla convinzione di svolgere il proprio lavoro nel modo giusto e che sono gli altri a sbagliare. Questo processo produce stereotipi reciproci che potrebbero essere limitati da spazi di dialogo, confronto, ascolto che sebbene non portino alla risoluzione delle difficoltà in tempi brevi possono permettere di concentrarsi su aspetti concreti favorendo un incontro tra le due culture. Dall'analisi delle interviste è emerso come in alcuni piccoli gruppi di lavoro sia stato possibile sviluppare una cultura organizzativa comune: questo è stato possibile nelle situazioni in cui i gruppi hanno avuto una storia condivisa nella quale hanno avuto la possibilità di evidenziare bisogni ed aspettative. In queste situazioni non emergono gli stereotipi evidenziati nella prima parte del paragrafo che possono essere ricondotti ed interpretati alla luce delle esperienze che quegli operatori hanno vissuto: come afferma Quaglino (1992:29-31) sono le esperienze precedenti ad ostacolare o favorire la possibilità di collaborazione dell'ambito dei gruppi di lavoro poiché predispongono le persone a determinati atteggiamenti o comportamenti.

Lo scontro tra culture e mandati differenti risulta evidente in situazioni nelle quali i rischi per i bambini sono tali da necessitare un intervento dell'autorità giudiziaria. Quando non vi è accordo sul progetto di intervento, il conflitto sulle diverse posizioni si manifesta nella contrapposizione di poteri: il potere della conoscenza, il sapere medico rispetto a quello sociale, ed il potere della posizione occupata, il servizio sociale territoriale rispetto al servizio psichiatrico.

Le modalità concrete adottate per far fronte a questo tipo di conflitti in una prima fase si concentrano sulla possibilità di individuare una soluzione che trovi l'accordo di tutti. A questo fine si organizzano diversi incontri nei quali i servizi analizzano la situazione sotto differenti prospettive. Quando è possibile gli assistenti sociali si avvalgono della valutazione degli psicologi dell'età evolutiva per mettere in luce i bisogni dei bambini ed i rischi per la loro salute.

La cosa un po' strategica che noi facciamo d'accordo con il servizio di psicologia, con cui i rapporti sono molto buoni, è quella di coinvolgere lo psichiatra nel Melogranino⁵⁹. Facciamo

⁵⁹ Nome che nel contesto territoriale di AS4 è dato all'équipe multidisciplinare territoriale abuso e maltrattamento.

le verifiche all'interno del di questa équipe in modo che loro in qualche modo siano chiamati a essere presenti, a seguire insieme a noi il caso. C'è un loro rappresentante e a seconda dell'ordine del giorno il rappresentante chiama il referente della situazione ad essere presente. Questa è una modalità che funziona. (AS4)

Nelle situazioni in cui non si riesce ad arrivare ad un accordo la decisione viene delegata al tribunale per i minorenni.

Il rischio è che ogni uno vada per se, e quindi che noi facciamo quello che riteniamo giusto per il nostro servizio, loro fanno quello che ritengono giusto per il loro e non c'è un incontro. C'è poi un tribunale che decide, che prende una decisione e ci si adegua a quella. (AS16)

Nell'opinione degli assistenti sociali quando si arriva a questa soluzione tendenzialmente è il servizio sociale a riuscire ad imporre la sua posizione. Le motivazioni si collocano su due livelli. Da un lato non sempre il centro di salute mentale senza un mandato dell'autorità giudiziaria invia una relazione sulla condizione clinica del paziente, dall'altro il servizio sociale sembra avere una relazione privilegiata con i giudici del tribunale per i minorenni.

Spesso, credo per un discorso di legge sulla privacy e di trasmissione di alcune informazioni se l'altro servizio non viene espressamente chiamato in causa, non da informazioni facilmente e quindi il tribunale si basa sulle nostre valutazioni. (AS16)

Il servizio sociale in linea di massima è sempre abbastanza ascoltato dal tribunale che prende decisioni coerenti con le proposte del servizio anche in assenza di valutazioni psicologiche o psichiatriche assolutamente coerenti con la richiesta degli altri servizi. (AS2)

La percezione degli assistenti sociali di decisioni “a favore” delle loro valutazioni è condivisa soprattutto dagli psichiatri anziani che sembrano ritenere sempre perdente la posizione del loro servizio. Sono presenti numerose riflessioni sugli esiti che tali decisioni possono avere per i loro pazienti: gli psichiatri sembrano condividere la situazione di frustrazione e di dissenso alla quale si adattano cercando di assumere posizioni difensive. Sono esemplificative le testimonianze di PSI7 e di PSI4

Vedo nel tribunale una difficoltà alla tolleranza della malattia mentale. Non si riescono a dare delle giustificazioni, non si può spiegare ad un giudice quali sono le caratteristiche positive di un paziente. Mi sembra che ci sia una situazione culturale dietro. Sto cercando di adattarmi a questa situazione, sto cercando di avere un basso profilo. Cioè sto cercando anche io in qualche modo di seguire di meno le possibilità che i miei pazienti possano avere delle possibilità di tenere con se i loro figli, cerco in qualche modo di illudere molto di meno il mio paziente. Forse c'è anche la fantasia degli operatori di poter affrontare tutto, di risolvere tutto. Forse abbassando il profilo e le aspettative nostre si riuscirà a fare un lavoro un po' diverso.(PSI7)

Alla fine in questa situazione ho lasciato fare agli assistenti sociali, mi sono sentito in questo ruolo, in quello che quando piove tira fuori l'ombrello per la paziente, ho fatto un po' questo. (PSI4)

Nelle situazioni nelle quali i servizi hanno assunto posizioni differenti e si sono rivolti al tribunale, individuato come figura in grado di dirimere il conflitto, gli esiti sulle relazioni interprofessionali non solo tra i due professionisti coinvolti ma anche tra i servizi hanno avuto ripercussioni rilevanti in tutte le situazioni di collaborazione successiva. Questo aspetto è rimarcato da quelli che sembrano essere i perdenti designati, gli psichiatri:

questo ha inciso profondamente sulla mia valutazione sui servizi sociali, profondamente. Sono prevenuta in maniera negativa, assolutamente negativa, proprio a partire da questo caso. Io se posso, non collaboro lascio, lascio ad altri, delego, non riesco a conciliare il mio lavoro con il loro. (PSI2)

Tra quelle analizzate la posizione di PSI2 che si interroga sul senso di questo irrigidimento per il benessere dei pazienti è l'unica di chiusura netta, nelle altre situazioni prevalgono posizioni di disincanto sulla possibilità di sostenere un paziente psichiatrico nelle sue competenze genitoriali. La scelta di non segnalare al servizio sociale situazioni di pazienti psichiatrici con figli, che come abbiamo visto precedentemente è legata nei giovani psichiatri prevalentemente all'idea di poter valutare autonomamente i bisogni dei bambini, in queste situazioni è strettamente connessa ai rischi che gli psichiatri immaginano di far correre agli adulti.

In conclusione, mi sembra di poter dire che il modo di concepire il lavoro ed il modo di organizzarsi per fornire interventi adeguati alla complessità di situazioni di

genitori con malattia mentale è sicuramente connesso agli schemi di riferimento tipici delle culture professionali e dei mandati istituzionali. Questa caratteristica può diventare un ulteriore ostacolo nel creare uno stile di lavoro condiviso. In presenza di rigidità di assunzione di ruolo e di polarizzazioni nelle quali il confronto non è possibile. Sembra inoltre prevalere la convinzione che questo esiterà sempre in un gioco a somma zero in cui la fatica della collaborazione non sarà compensata né in termini di raggiungimento dei risultati, né in termini di soddisfacimento delle esigenze soggettive.

Le posizioni di assistenti sociali e psichiatri appaiono caratterizzarsi per un “presidio difensivo” del proprio ruolo professionale e dei diretti ed immediati destinatari del proprio intervento professionale.

6. sintesi dei principali risultati.

Olivetti Manoukian (1988) ha definito l'organizzazione socio-sanitaria nel suo complesso, all'interno della quale possiamo collocare i progetti di cui abbiamo lungamente parlato, come un sistema a legami deboli in cui le diverse componenti mantengono la loro identità ed autonomia in una situazione di collaborazione non continuativa, spesso in forma indiretta. Abbiamo anche visto come il rischio di non riuscire a lavorare insieme è sempre presente ma è più elevato quando i diversi operatori appartengono a enti o organizzazioni diverse e devono negoziare non solo il significato delle specifiche competenze professionali, ma anche quello dei rispettivi enti di appartenenza, le cui logiche di intervento non necessariamente coincidono (Campanini, Riva, 2010, Facchini, 2012). Le indicazioni finalizzate a facilitare o prescrivere l'integrazione attraverso *équipe* multidisciplinari non sembrano sufficienti a definire i rapporti tra diverse istituzioni ed operatori poiché l'integrazione professionale si realizza solo attraverso una precisa ed orientata progettualità condivisa.

Ripercorrendo i riferimenti teorici che hanno orientato la ricerca occorre ribadire che tale percorso di costruzione e di condivisione dovrebbe diventare, per essere davvero in grado di modificare le traiettorie rischiose delle famiglie che abbiamo descritto, un punto fondamentale nell'agenda di operatori e servizi. Nell'analisi di ciò che ho rilevato nella mia ricerca prevalgono gli aspetti di criticità rispetto a quelli positivi. Con l'obiettivo di una sistematizzazione dei risultati anche sul tema delle rappresentazioni sul tema della collaborazione propongo uno schema riepilogativo di quanto emerso nelle interviste.

La Collaborazione	Rappresentazioni Assistenti Sociali		Rappresentazioni degli Psichiatri	
Rappresentazioni reciproche	Pensano di me....		Pensano di me....	
	<ul style="list-style-type: none"> - ruolo di controllo; - sottolineatura dei deficit; - separazione nuclei familiari 		<ul style="list-style-type: none"> -aspettative magiche; - scarsa credibilità per posizione di alleanza con l'adulto; - intervento sulla base di motivazioni non cliniche ma di controllo sociale 	
	- ruolo di controllo		- ruolo di sostegno dell'adulto	
	Cosa penso di loro...		Cosa penso di loro...	
			<ul style="list-style-type: none"> -Visioni stereotipate di famiglie buone; -Mancanza conoscenze teoriche sulla malattia mentale; -Mancanza di coraggio nel dare fiducia; -Prevalenza cornice normativa e di controllo 	
	Ruolo di sostegno dell'adulto		Ruolo prevalente di tutela dei minori	
Collaborare o non collaborare?	AS con > esperienza	AS con < esperienza	Giovani PSI	Vecchi PSI
	<ul style="list-style-type: none"> -fondamentale per poter strutturare un progetto di aiuto che vada oltre le funzioni di controllo -la collaborazione deve essere "costruita" - è quasi sempre richiesta dagli assistenti sociali 	<ul style="list-style-type: none"> -fondamentale per poter strutturare un progetto di aiuto che vada oltre le funzioni di controllo -la collaborazione è "dovuta" - è quasi sempre richiesta dagli assistenti sociali 	<ul style="list-style-type: none"> - non necessaria perché possono valutare assenza di rischio per i minori; - è quasi sempre richiesta dagli as 	<ul style="list-style-type: none"> Non necessaria - per evitare rischio equazione malattia mentale=incompetenza genitoriale - perché non individuano elementi di rischio per i minori se non sono portati alla loro attenzione dai genitori - è quasi sempre richiesta dagli assistenti sociali
Cosa vorrei ottenere dalla collaborazione	AS con maggiore esperienza	AS con minore esperienza	<ul style="list-style-type: none"> -supporto nella conoscenza della situazione dei pazienti; -osservazione dinamiche familiari -supporto nella conoscenza della situazione dei pazienti - osservazione dinamiche familiari 	
	<ul style="list-style-type: none"> -aspetti diagnostici, -implicazioni sul funzionamento sociale e rispetto alla gestione delle responsabilità parentali - condivisione di responsabilità 	<ul style="list-style-type: none"> -sostegno nella valutazione delle competenze genitoriali; - condivisione di responsabilità nelle scelte progettuali -controllo del paziente e aggancio "forzato" 		

	nelle scelte progettuali -controllo del paziente e aggancio “forzato al servizio”	al servizio”	
Quale contributo posso offrire	-uno sguardo sul minore; -correlazioni tra intervento sull’adulto e ricadute sul minore; attenzione alla compresenza di doppio mandato di sostegno e controllo		-comprensione degli aspetti -- psicopatologici e di cronicità; -normalizzazione della malattia; -riflessioni sul significato del termine cronicità;
Culture e mandati profess.li	Gli PSI		Gli AS
	- tutela dell’adulto		-sono orientati alla tutela del minore e l’adulto è sullo sfondo; -delega allo psichiatra di questioni non
	Gli AS		Gli PSI
	- Si sentono i “difensori” dei minori		- Approccio “sul” paziente;
Il potere	- prevalentemente riconosciuto all’as		-prevalentemente riconosciuto all’as

Tabella 3. Elementi di sintesi. Le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri sulla collaborazione interprofessionale.

La tabella di sintesi permette di cogliere in modo più evidente la presenza di alcuni elementi di fondo già evidenziati nel capitolo precedente. Le due figure immaginano di essere percepite come in realtà si auto-percepiscono. Gli assistenti sociali e gli psichiatri sembrano vivere la relazione professionale come un continuo antagonismo tra chi tutela l’adulto e chi tutela il minore. L’ipotesi di fondo che la collaborazione interprofessionale fosse particolarmente difficile risulta confermata ed amplificata rispetto alle ipotesi iniziali ed emergono pochi spazi di collaborazione effettiva intesa come capacità di co-progettazione di progetti attenti alla globalità delle situazioni.

Emerge un quadro nel quale gli assistenti sociali sono le figure che individuano i rischi per i minori, le difficoltà, le disfunzionalità familiari e per questi aspetti, coerenti con il mandato istituzionale di tutela dei minori, rischiano di non essere riconosciuti per il loro ruolo di sostegno delle famiglie. Sul versante opposto gli psichiatri sembrano animati dall’obiettivo di non dividere le famiglie ed affermano di non sentirsi creduti, come se la loro fosse una visione ottimistica non supportata da dati di realtà. In questo terreno le posizioni sembrano sempre differenti.

La letteratura sul tema della collaborazione mette in luce le difficoltà legate alla possibilità di individuare percorsi che permettano una co-progettazione e non si limitino ad una sommatoria di interventi. La complicazione di questo specifico ambito è legata

al fatto che a differenza di altri ambiti è duplice il destinatario dell'intervento poiché vi sono i minori e gli adulti ed il rischio è che i due servizi progettino percorsi di cura con maggiore attenzione all'uno o all'altro dei due.

A fronte della complessità delle situazioni di cui abbiamo parlato, della compresenza di diritti in capo a soggetti diversi, delle peculiarità legate alla malattia psichiatrica, il rischio è che le due figure centrali nei progetti non riescano ad individuare dei canali di comunicazioni che permettano di andare oltre alla visione di mandati istituzionali che necessariamente non coincidono.

Si conferma la percezione di due figure polarizzate su obiettivi differenti - il mantenimento dell'unità familiare e la tutela dei minori - con il rischio che la contrapposizione di interessi tra operatori non permetta a nessuna delle due figure di lavorare con una visione unitaria della famiglia.

Questa radicalizzazione può portare alla convinzione di svolgere il proprio lavoro nel modo giusto e che siano gli altri a sbagliare. Questo processo produce stereotipi reciproci che potrebbero essere limitati da spazi di dialogo, confronto, ascolto che sebbene non portino alla risoluzione delle difficoltà in tempi brevi possono favorire un incontro tra le due culture.

Nell'analisi delle interviste è emerso che solo nelle situazioni in cui è stato possibile individuare strategie per trovare spazi di espressione che sono andati oltre alla singola e specifica situazione questo sembra aver permesso di uscire da situazioni di incomprensione di ruoli, obiettivi, potenzialità ed un ridimensionamento degli aspetti conflittuali. L'ipotesi che propongo è che le frammentazioni, le compartimentazioni, le separazioni generino una scarsa qualità delle cure in una situazione dove, come abbiamo visto nel capitolo precedente, sono già presenti numerosi limiti alla possibilità di progettare percorsi di sostegno alle competenze genitoriali e percorsi diagnostici terapeutici appropriati che permettano ai pazienti genitori di essere seguiti, lungo il decorso della malattia, secondo il tipo di necessità.

Riflessioni conclusive

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

In quest'ultima parte, dopo una breve ricontestualizzazione dell'ambito indagato, presento le principali riflessioni emerse dall'analisi dei dati e gli sviluppi di ricerca e di pensiero che si possono individuare.

Come detto più volte nell'intero testo, il lavoro nel suo complesso e gli obiettivi che mi prefiguravo all'inizio del percorso hanno una natura conoscitiva e per questo motivo la presentazione dei risultati effettuata nel quinto e nel sesto capitolo ha una natura essenzialmente descrittiva. Nelle conclusioni mi propongo l'obiettivo di individuare alcune potenzialità e limiti che possono connettersi alle rappresentazioni degli intervistati.

Essere genitori con una diagnosi di malattia mentale.

Sul piano giuridico e su quello teorico si afferma che il binomio malattia mentale e capacità genitoriale non può essere risolto sancendo l'inadeguatezza a svolgere il ruolo di genitori, da parte di tutti coloro i quali sono affetti da disturbi psichici (Reder, Lucey, 1997, Fava Viziello et.al 2011). Allo stesso modo sarebbe errato non porsi degli interrogativi su quali possono essere gli effetti della malattia mentale sulle funzioni genitoriali e dunque i rischi e i danni che possono subire i minori: situazioni in cui vi sono uno o entrambi i genitori affetti da disturbi psichici sono sicuramente complesse e necessitano di valutazioni che tengano conto di diversi elementi, che vanno oltre al disturbo in sé (Di Blasio, 1995; Reder, Lucey, 1997, Fava Viziello et.al 2011). Come evidenzia, tra gli altri, Procaccia (2005) non è tanto la gravità della diagnosi a determinare l'inadeguatezza genitoriale poiché anche disturbi mentali più lievi possono limitare l'esercizio del ruolo genitoriale, con effetti negativi sui figli. Occorre fare una valutazione della situazione in termini di rischio che tenga conto dell'età del minore, della struttura familiare, della presenza e validità di figure sostitutive, dell'andamento della malattia ed elementi di tipo sociale, quali condizioni socio-economiche, relazioni del paziente e della famiglia con le strutture terapeutiche. Inoltre si consideri l'importanza della presenza di un gruppo curante e della sua efficienza: la prognosi riguardo alla capacità genitoriale del paziente non dipende solo dalla diagnosi, quanto dal trattamento (Viziello Fava et.al.2011). L'impossibilità di effettuare un trattamento adeguato impedisce la formulazione di una prognosi, il che equivale all'impossibilità di realizzare forme di tutela. Gli interventi attuati dai diversi servizi rivestono dunque un ruolo fondamentale a supporto della genitorialità e anche a tutela dei minori (Dellavalle 1995, Ardesi, Filippini, 2008, Bertotti 2012), al di là delle problematiche presentate dai diversi nuclei familiari in cui sia presente un membro affetto da disturbi mentali (Malagoli Togliatti, 1988: Fava Viziello, 2011). Riguardo ai rischi e ai danni che possono subire i minori, sembra difficile correlare il disturbo mentale dei genitori con

condotte maltrattanti ed abusanti. Piuttosto è possibile che vengano nesi in atto dei comportamenti trascuranti.

Resta comunque la possibilità che la patologia mentale del genitore possa incidere in maniera negativa sulla relazione con i minori, con la conseguenza di non soddisfare i bisogni dei figli, non solo materiali, ma soprattutto emotivi, cosa che può influire sul processo di sviluppo (Caffo, 1988; Bortolotti, 1994; Reder e Lucey, 1997; Procaccia, 2005; Ammaniti, 2007). In questi casi gli interventi che vengono attuati dai servizi devono prevedere sia l'aiuto al genitore affetto da disturbi psichici, sia la salvaguardia dei minori.

A questo proposito, occorre considerare da un lato il diritto del genitore a svolgere un ruolo educativo nei confronti del figlio, il quale a sua volta ha diritto allo sviluppo della sua personalità attraverso il rapporto con i suoi genitori (Moro, Fadiga, 2006).

Dopo questa breve premessa sull'ambito di indagine, propongo delle ipotesi di lettura dei risultati a mio avviso maggiormente significativi in connessione con i riferimenti teorici proposti nella prima parte del lavoro.

Quali sono le rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri sugli interventi che possono essere attivati nelle situazioni di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici? Mi sono chiesta, nello specifico, se questi sono differenti da quelli che possono essere utilizzati in situazioni in cui non vi è la presenza di patologia e, al contempo, cosa gli assistenti sociali e gli psichiatri pensano dei diversi interventi e degli strumenti professionali. Inoltre ero interessata a comprendere cosa pensano dell'utilità del loro lavoro in queste situazioni e che idea hanno della possibilità di sostenere le competenze genitoriali innescando percorsi di cambiamento.

Rispetto alle caratteristiche degli interventi emerge dalla mia indagine che non esistono interventi particolari che possono essere attivati in queste situazioni né da parte degli assistenti sociali né da parte degli psichiatri. Gli interventi non si differenziano per obiettivi, modalità di attuazione, intensità, dalle situazioni di fragilità delle competenze parentali in cui non vi sia un genitore affetto da patologia psichiatrica. Questo elemento appare a mio avviso interessante per due aspetti.

Un primo aspetto è legato al fatto che abbiamo visto che la letteratura in materia evidenzia che lo sviluppo dei figli di genitori con psicopatologia si caratterizza per un'incidenza superiore ai coetanei di eventi di vita negativi, separazioni precoci genitore-figlio, disoccupazione, conflitti coniugali, divorzio, frequenti cambi di partner, lutti e perdite: non devono essere sottovalutati quindi, oltre all'impatto negativo dei sintomi diretti della patologia, anche le difficoltà di pianificazione, l'instabilità ed il deterioramento complessivo dello stile di vita. Si tratta dei fattori perpetuanti visti nel modello di Hall (2006). Abbiamo anche visto che un supporto relazionale e concreto ai genitori affetti da patologia psichiatrica costituisce un fattore protettivo e di riduzione del rischio (Di Blasio, 1995; Hall, 2006) poiché migliora le competenze di *parenting* e

incrementa la capacità dei bambini di far fronte allo *stress*. Gli interventi di sostegno devono essere effettuati da personale qualificato e devono strutturarsi sul lungo periodo. Dall'analisi delle interviste emerge che raramente, per i problemi connessi alla riduzione delle risorse, gli interventi hanno queste caratteristiche. Mi sembra che su questo punto si evidenzia un primo elemento di rischio nella gestione di situazioni di sostegno alla genitorialità in quanto non è possibile garantire né all'adulto né al minore una continuità dell'intervento che possa avere una valenza anche preventiva e non solo di controllo. Una delle possibili conseguenze della mancanza di continuità e di coerenza interna nel corso del tempo dell'intervento è che le valutazioni di rischio per i minori e di inadeguatezza genitoriale cui seguono interventi di allontanamento dal nucleo familiare siano attuati non perché è stata valutata l'impossibilità di sostenere il genitore malato, ma perché non ci sono risorse adeguate, per cui la collocazione eterofamiliare diventa, anche se impropria, come l'unico progetto praticabile.

Un secondo aspetto è legato al fatto che il principio operativo della individualizzazione non sembra entrare in crisi. Secondo questo principio nella relazione con le persone, gli assistenti sociali, così come i medici, dovrebbero elaborare progetti, interventi e programmi di cura calibrati sulle singole situazioni (Filippini, 2008; Carrozza, 2010). I risultati della mia ricerca sembrano mettere in luce, al contrario, una standardizzazione degli interventi sociali e sanitari ed i limiti rilevati dagli operatori, come emerge nel quarto paragrafo del quinto capitolo, sono rilevanti.

Rispetto all'utilità di interventi attivati da altri professionisti nelle rappresentazioni di psichiatri ed assistenti sociali, viste nel dettaglio nel quinto capitolo, il tratto unificante è legato alla percezione della necessità di una formazione specifica nella gestione di questo tipo di situazioni per evitare, da un lato, la sottovalutazione degli elementi di rischio per i minori e, dall'altro, la polarizzazione su situazioni di tutela dell'adulto o del minore. Mi sembra interessante collegare questo aspetto all'ultimo paragrafo del quinto capitolo dove tratto della formazione e dei riferimenti teorici di assistenti sociali e psichiatri. Ho rilevato una sostanziale assenza di espliciti riferimenti teorici specifici su quest'area. Mi sembra di poter affermare che sarebbe quanto mai necessario individuare delle possibilità di formazione su questi ambiti. Per quanto ho potuto vedere la mancanza di riferimenti teorici sul tema e di momenti di riflessione e confronto tra professionisti che si occupano di questa materia non è connessa ad una indisponibilità degli operatori ma alla mancanza di occasioni formative specifiche. Gli intervistati ravvisano il rischio di una polarizzazione tra posizioni di tutela dell'adulto o del minore, assunte in mancanza di chiavi di lettura complessive delle difficoltà e delle potenzialità del nucleo familiare nel suo complesso. Ritengo di poter affermare che questo rischio può caratterizzare anche la relazione tra assistenti sociali e psichiatri. Sono numerose in letteratura le riflessioni in tal senso (Malagoli Togliatti et al, 1988; Dellavalle, 1996; Massara, Aroud, Bracco, 2000; Battista, 2007): le opposte posizioni dei tecnici dei diversi servizi rischiano di acuire le difficoltà tra genitore e figlio interferendo sulla recuperabilità della relazione parentale (Reder,

Lucey, 1995, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2002). Questi risultati offrono spunti di riflessione anche rispetto ad altri ambiti nei quali l'intervento viene definito e si sviluppa attraverso *équipe* professionali inter-istituzionali: il miglioramento nella collaborazione e nel prodotto dei gruppi di lavoro non può essere ottenuto solo con misure interne, ovvero con strategie adottate dalle diverse *équipe*, ma occorre una riflessione più ampia, che coinvolga direttamente le organizzazioni erogatrici di servizi, ad esempio attraverso un investimento sulla formazione congiunta di operatori sociali e sanitari.

Per quanto riguarda in ultimo l'utilità e la possibilità di incidere nelle diverse situazioni e di sostenere i genitori con patologia psichiatrica si evidenziano numerosi aspetti di criticità connessi non solo ai limiti degli interventi ma anche alla difficoltà di instaurare con i pazienti psichiatrici una relazione abilitante.

L'incontro con le famiglie, con i genitori, la conoscenza di ciò che pensano, delle loro abilità, dei loro problemi, di come si relazionano tra loro, delle capacità di accogliere i disagi e le sofferenze dei minori è condizione indispensabile per l'elaborazione di progetti di intervento in grado di conciliare la standardizzazione delle prestazioni con esigenze specifiche (Fava Viziello et al. 2011). Per riuscire in questo obiettivo è fondamentale parlare con le persone, comprenderle. Non riuscire a farlo può costituire un nodo critico maggiore che il non poter predisporre degli interventi. Il fatto che l'assistente sociale non riesca ad interagire con le persone affette da patologia psichiatrica, per mancanza di strumenti specifici, e non riesca a collaborare con lo psichiatra per capire quali strategie comunicative adottare con il genitore affetto da patologia, potrebbe impedire una valutazione complessiva dell'adattamento e del funzionamento familiare, della relazione di coppia, dei sentimenti del bambino rispetto alla malattia del genitore e quali strategie utilizza per farvi fronte. Abbiamo invece visto come questi elementi, sul piano teorico, dovrebbero essere centrali in tutte le situazioni nelle quali sia opportuna una valutazione del benessere familiare, dei fattori di rischio e di protezione per lo sviluppo del minore (Fava Viziello et al. 1991; Reder e Lucey, 1997; Procaccia, 2005).

Anche su un piano deontologico viene messo in luce che non sono i singoli progetti o le azioni professionali ad essere positivi o negativi in sé, ma ciò che li rende utili, inutili o peggio ancora dannosi è la concreta possibilità che i componenti della famiglia li ritengano o meno necessari per sé o per un loro membro (Filippini, 2008). Accettazione e non giudizio presuppongono la necessità di spazi di ascolto dell'altro, l'adozione di un atteggiamento non giudicante che è di per sé difficile e può rivelarsi particolarmente complesso nel lavoro con famiglie nelle quali uno o entrambi i genitori sono affetti da patologia psichiatrica.

La complessità nella relazione interpersonale con il paziente psichiatrico, agli occhi degli assistenti sociali intervistati sembra rendere difficile, quando non impossibile, un lavoro sulla consapevolezza delle difficoltà nell'esercizio del ruolo

genitoriale. In questa situazione diviene difficile individuare strategie che riconoscono l'incontro con le famiglie come incontro tra esperti: l'assistente sociale di pratiche di aiuto, la famiglia della propria storia, delle proprie difficoltà, potenzialità e risorse (Filippini, 2008). L'attiva partecipazione del sistema familiare alla definizione del processo di aiuto può essere facilitata dall'adozione di un atteggiamento professionale collaborante e di un approccio orientato alla valorizzazione della famiglia, ma in queste situazioni il lavoro sembra fermarsi di fronte alle difficoltà nella relazione con il paziente.

Gli assistenti sociali intervistati riportano frequentemente progetti strutturati e articolati per quanto riguarda il lavoro di protezione dei minori mentre spesso i genitori rimangono sullo sfondo, considerati ostacoli piuttosto che risorse da valorizzare fosse anche solo per le abilità residue minime di cui dispongono.

Un altro grande limite evidenziato dagli assistenti sociali è legato alla difficoltà, imputata alla riduzione delle risorse, di un lavoro con la comunità. Se su un piano teorico, deontologico, metodologico gli assistenti sociali sono consapevoli dell'importanza del lavoro di comunità con soggetti pubblici e privati, formali e informali, finalizzato alla promozione di reti di protezione dell'infanzia e dell'adolescenza affidate all'intera comunità, nella pratica professionale questo non avviene. Seppure il tema sia trattato in molte interviste, nell'operatività un lavoro di prevenzione e di attivazione delle reti non viene effettuato. Secondo alcuni intervistati potrebbe essere una strada per uscire dall'*impasse* della contrazione delle risorse ma in nessuna delle situazioni che ho incontrato il pensiero si è ad oggi tradotto in azioni.

Mi sembra importante richiamare a questo punto alcune considerazioni già fatte in precedenza. Due degli assistenti sociali intervistati hanno parlato nel corso del nostro incontro di due situazioni nelle quali hanno gestito situazioni di madri con grave patologia psichiatrica. In entrambi i casi i figli hanno una grave disabilità in considerazione della quale è stato possibile definire un progetto di sostegno caratterizzato da un rilevante numero di ore di intervento domiciliare. L'intervento ha permesso alle madri di occuparsi dei figli affiancate da assistenti domiciliari ed educatori. Questo elemento di per sé conferma l'ipotesi che interventi strutturati e sul lungo periodo possono garantire anche ad un genitore con una grave patologia psichiatrica di occuparsi dei figli. Un ulteriore elemento appare significativo. In entrambe le situazioni il nucleo familiare è stato sostenuto da una fitta rete di volontariato nell'ambito delle reti di associazionismo sulla disabilità che ha consentito un incremento delle risorse disponibili, un sostegno ed un controllo maggiore della situazione. Ritengo particolarmente interessanti queste due esperienze poiché in un'ottica di lavoro di comunità anche le associazioni che si occupano di patologia psichiatrica potrebbero essere coinvolte in progetti di sostegno a nuclei familiari con genitori affetti da malattia mentale e con figli.

Per quanto riguarda i risultati legati alle rappresentazioni degli psichiatri sull'utilità del loro lavoro, mi sembra di poter dire che le difficoltà che possiamo ravvisare sono legate al sovraccarico di lavoro, non solo clinico ma anche organizzativo,

che limita la disponibilità di tempo da dedicare ai pazienti. Questo discorso vale in generale ma nel campo specifico della mia indagine gli psichiatri percepiscono la collaborazione con il servizio sociale in situazioni di pazienti con figli minori un carico di lavoro aggiuntivo ed evidenziano che la comprensione di queste situazioni comporta la necessità di un lavoro maggiore.

La tensione tra ciò che si vorrebbe fare e ciò che si riesce a fare pervade le percezioni degli intervistati e, nello specifico dei progetti di sostegno delle competenze genitoriali dei pazienti psichiatrici, questa tensione si collega tanto ai carichi di lavoro quanto, a livelli diversi, al mandato istituzionale di cura dell'adulto e non esplicitamente della sua famiglia poiché questo può generare incertezze nella relazione con il paziente. La percezione di non incisività del proprio lavoro che emerge nelle rappresentazioni degli psichiatri va ricondotta, a mio avviso, anche alla questione della riforma dei servizi per la salute mentale, avviata con la Legge Basaglia del 1978 e mai portata completamente a termine. Questa situazione ha creato frammentazione ed incertezze quando non proprio situazioni di disillusione rispetto alla possibilità di cambiamento istituzionale nella possibilità di processi orientati all'inclusione e partecipazione dei cittadini nei percorsi di cura. In generale, l'impoverimento dei servizi sanitari e sociali, connesso alla necessità di riordino dei conti pubblici, porta con sé la necessità di nuove strategie e riflessioni che consentano il riconoscimento della persona nella sua interezza ed universalità, affinché si possa perseguire il fine istituzionale che rimane la tutela della salute quale diritto fondamentale costituzionalmente tutelato dal nostro ordinamento (Gaboardi, 2012:11-12).

In ultimo rapporto l'attenzione sugli orientamenti dei servizi tra posizioni di tutela/protezione e sostegno. Gli psichiatri sembrano sempre collocarsi sulla posizione di non dividere i bambini dalle loro madri e valutano come interventi di sostegno quelli che sono ritenuti in grado di permettere il raggiungimento di questo obiettivo. La percezione degli assistenti sociali rispetto alle funzioni di sostegno o di tutela/controllo dei diversi interventi sembra connotata da un maggiore equilibrio ma questa compresenza sembra collocarsi su un piano ideale perché nella pratica si scontra con le limitazioni imposte dalla contrazione delle risorse economiche e di personale. Anche gli interventi che potenzialmente potrebbero avere delle marcate componenti di sostegno delle competenze genitoriali assumono la forma del controllo perché sono attivabili solo situazioni di rischio conclamato e perdono quindi le potenzialità di prevenzione che li connotano su un piano teorico. In questa situazione gli interventi del servizio sociale possono diventare realmente forme di controllo degli adulti, gli spazi di lavoro sul sostegno delle competenze parentali si riducono e risultano aumentati i rischi di dover attuare interventi di tutela dei bambini attraverso il loro allontanamento dal genitore. Nelle rappresentazioni degli operatori la situazione si presenta quindi come polarizzata tra due opposte posizioni: da un lato gli psichiatri lavorano per "tenere insieme" le famiglie e dall'altro gli assistenti sociali "le separano". L'ipotesi di fondo che segnalavo

all'inizio del mio lavoro è che nell'ambito della tutela dei minori e delle famiglie vi è la ricerca di un equilibrio tra funzioni di sostegno e di controllo ma che nelle situazioni di genitori affetti da patologia psichiatrica questo orientamento può risultare particolarmente complesso. Il mio lavoro mette in luce come nelle situazioni di genitori con patologia psichiatrica la possibilità di coinvolgere le persone nei progetti, di immaginare risultati in grado di tutelare tutti i membri della famiglia, la complessità connessa alla malattia, ai rischi di cronicizzazione degli interventi, alle difficoltà di valutazione dei rischi per i bambini, alla mancanza di competenze specifiche sulla malattia mentale porti al prevalere di una posizione nella quale si sottolineano le carenze dei comportamenti genitori.

A fronte dell'enfasi presente in letteratura sull'importanza dell'integrazione socio-sanitaria (Brizzi, Cava, 2003; Rei, Motta, 2011), mi interrogavo sul significato che alla collaborazione attribuiscono assistenti sociali e psichiatri nello specifico ambito del sostegno e del controllo delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica. Inoltre ero interessata a comprendere quali difficoltà sono presenti in tale collaborazione.

Rispetto alla rappresentazione sulla necessità della collaborazione, come abbiamo già visto in precedenza non vi è una totale consonanza tra le due figure professionali.

Dalle parole degli assistenti sociali emerge come l'individuazione di strategie efficaci per dare valore e sostenere i genitori nei processi di recupero delle competenze genitoriali, anche in quelle situazioni dove si intravedono limitate possibilità di miglioramento, sia scarsa. Questo sembra correlabile al fatto che la sola competenza dell'assistente sociale è ritenuta insufficiente, nelle situazioni descritte. Sembra emergere, infatti, che la possibilità di fare una efficace valutazione delle competenze genitoriali e la conseguente formulazione di un progetto di sostegno e recupero siano direttamente correlate ad una collaborazione efficiente ed efficace con operatori di altre professionalità. L'integrazione fra professionisti sembra essere la *conditio sine qua non* per valutare ed intervenire in situazioni complesse (Filippini, 2008).

Nello specifico per tutti gli assistenti sociali la valutazione ed il sostegno delle competenze genitoriali di adulti affetti da patologia psichiatrica dovrebbe avvenire solo attraverso un dialogo ed una condivisione con gli operatori della rete dei servizi specialistici del territorio, psichiatri e psicologi dell'età evolutiva. Non vi è nella carriera professionale dei venti intervistati una sola situazione di adulti genitori affetti da patologia psichiatrica, che sono stati seguiti, che non abbia sollecitato una richiesta di intervento al centro di salute mentale, a fronte della consapevolezza della mancanza di competenze specifiche nella valutazione delle difficoltà connesse alla malattia. Non sempre tale richiesta ha portato alla costruzione di progetti condivisi; in tali situazioni l'esito dell'intervento, in presenza di più o meno gravi patologie psichiatriche, è stato caratterizzato, nella percezione degli assistenti sociali dall'impossibilità o comunque da una forte limitazione della possibilità di sostegno delle competenze genitoriali ed alla

necessità di interventi di tutela dei minori, che hanno avuto come esito anche il loro allontanamento dalle famiglie.

Il dato più evidente che emerge dalla ricerca è che gli psichiatri, al contrario, evidenziano di essersi trovati nella loro carriera professionale ad essere l'unico servizio che gestisce situazioni di pazienti psichiatrici con figli. Ciò dovrebbe presupporre la capacità di riuscire ad interrogarsi sulla capacità genitoriale dei pazienti e, contemporaneamente, di guardare alla tutela dei minori coinvolti. Non è emerso, però, che gli psichiatri, nella prassi lavorativa, effettuino delle valutazioni sulle competenze genitoriali dei pazienti, così come non vengono attuati degli interventi finalizzati al supporto della genitorialità e le uniche figure professionali coinvolte sono spesso solo gli psichiatri stessi e gli infermieri. Entrambe le figure si interessano soprattutto alla diagnosi, cura e trattamento della malattia. Come abbiamo visto nel paragrafo sui colloqui psichiatrici, a causa della riduzione generale delle risorse di personale e dell'aumento della richiesta da parte dei cittadini, l'attenzione nei confronti del paziente pare più rivolta all'aspetto diagnostico e sembra complesso, per gli psichiatri, riuscire a cogliere gli elementi che vanno oltre la malattia e prendere in considerazione anche aspetti diversi, quali la famiglia e le relazioni interpersonali. È stato inoltre esplicitato dagli intervistati che non viene considerato un mandato del servizio la tutela dei figli dei pazienti e questo può portare a non rilevare i possibili effetti causati dalle disfunzioni genitoriali.

Nel corso dell'indagine ho avuto la sensazione che spesso manchi una conoscenza della famiglia, delle persone significative ed in generale delle reti primarie dei pazienti. Questa sensazione è stata in qualche modo confermata dall'analisi dei questionari *on line* sul nucleo familiare rispetto al quale ho chiesto di concentrarsi nel corso dell'intervista. Sono infatti numerose le informazioni mancanti sul coniuge e sui figli che con il paziente convivono.

Il rischio connesso a questo aspetto è che vi possa essere una scarsa attenzione alla protezione dei minori, ad esempio cercando di comprendere se alcuni aspetti della malattia dei genitori possano, in qualche modo, nuocere ai figli.

Come gli psichiatri ed anche gli assistenti sociali hanno segnalato nelle interviste la tutela dei minori non è un mandato istituzionale dei centri di salute mentale in quanto sono rivolti ad un'utenza adulta. Questo può portare a non interrogarsi sull'adeguatezza genitoriale dei pazienti o a non segnalare ai servizi per minori la presenza di comportamenti potenzialmente rischiosi per i figli, a non denunciare all'autorità giudiziaria situazioni di disagio dei figli di pazienti. Anche se la normativa estende l'obbligo di segnalazione a tutti i soggetti pubblici che vengano a conoscenza di un pregiudizio nei confronti di un minore.

Da quanto rilevato dalle interviste agli psichiatri, mi sembra di poter affermare che le collaborazioni tra i diversi servizi, laddove vi è una presa in carico comune di

pazienti con figli minori, sia occasionale, legata a casi specifici ma non venga adottata come prassi.

Rispetto alle difficoltà che gli assistenti sociali e gli psichiatri vedono nella collaborazione mi sembra di poter dire che i problemi principali si connettono al diverso mandato istituzionale che i due operatori si riconoscono ed alla conseguente differente interpretazione della necessità della collaborazione .

Nelle situazioni più complesse, dove sono eclatanti le manifestazioni di disagio dei bambini o dei comportamenti dei genitori, la collaborazione prende avvio spesso dalla richiesta degli assistenti sociali che, come abbiamo visto, non ritengono di avere le competenze per gestire in modo autonomo i progetti di sostegno e di controllo delle competenze parentali. Ulteriore canale attraverso il quale può avviarsi la collaborazione è quello che passa attraverso le prescrizioni dell'Autorità Giudiziaria che, come abbiamo visto nel quinto capitolo, spesso viene utilizzata in modo strumentale dagli assistenti sociali per ottenere tanto la collaborazione di altri servizi quanto la possibilità di attivare interventi.

La collaborazione si caratterizza nella percezione degli intervistati per numerose difficoltà che spesso derivano dalla conflittualità che si viene a creare tra servizi con mandati istituzionali differenti che portano alla prevalenza di interventi di tutela dei minori o degli adulti. Come ho già detto in precedenza rispetto agli interventi, queste polarizzazioni rischiano di portare a posizioni che non riescono a conciliare i bisogni complessivi della famiglie, con il rischio di focalizzare le risposte su bisogni e diritti parziali. Questo ha come conseguenza che la tutela del malato di mente e quella del bambino vengano viste in contrapposizione: in questa prospettiva lo psichiatra si occupa del sintomo e della malattia, ignorando l'insieme dei bisogni e dei diritti del paziente, e offrendo una scarsa tutela alla persona che non viene considerata nella sua interezza. D'altro canto, l'assistente sociale si polarizza sulla tutela del minore offrendo interventi che lo tutelano ma senza un lavoro di potenziamento e di miglioramento delle competenze dei suoi genitori. Il rischio è quindi che anche il minore non sia completamente tutelato poiché si guarda solo alla malattia del suo genitore e vengono adottate misure di protezione che cancellano o riducono fortemente il rapporto con il genitore malato, e quindi non consentono, di fatto, al bambino, una conciliazione con la sua storia.

Ho rilevato nella mia indagine che gli assistenti sociali dei centri di salute mentale, figure presenti seppur in numero molto ridotto, non si occupano di progetti di sostegno delle competenze genitoriali. Mi stupisce questo elemento anche a fronte del fatto che quasi tutti gli assistenti sociali intervistati segnalano come, nelle situazioni di genitori con problemi di dipendenza patologica, gli assistenti sociali dei servizi specialistici per le dipendenze si occupano delle situazioni e costituiscono spesso un punto di riferimento importante nella collaborazione con gli altri operatori del servizio. Potrebbe essere utile, a mio avviso, anche il loro coinvolgimento in progetti di sostegno delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici perché, da un lato, la loro formazione di base le rende più sensibili e capaci nel lavoro in rete con altri servizi e

dall'altro hanno le competenze tecniche legati agli aspetti connessi alla psicopatologia. Potrebbero costituire un riferimento importante per gli assistenti sociali dei servizi territoriali tanto nella mediazione della relazione con i pazienti quanto in un lavoro diretto di sostegno delle fragilità delle competenze parentali. La malattia mentale diminuisce spesso la capacità della persona di far fronte alle richieste legate ai ruoli interpersonali, sociali e lavorativi e lo stato di bisogno che deriva diventa oggetto dell'intervento di un assistente sociale che lavora presso un servizio di salute mentale.

Le aspettative reciproche e le percezioni sul proprio ruolo fanno emergere elementi di conoscenza che ritengo importanti ed inattesi almeno per ciò che riguarda gli psichiatri. Dalle interviste emerge un quadro di mancato riconoscimento, di mancata ricompensa che è letta come una forma di deprezzamento del valore intrinseco sia della persona che della sua opera. La percezione delle due figure professionali è tendenzialmente negativa. Sono pochi gli assistenti sociali che pensano di essere visti come utili dagli psichiatri, e la sensazione di non essere riconosciuti sul piano professionale crea difficoltà non solo nella relazione interprofessionale ma amplifica le difficoltà già segnalate rispetto alla possibilità di instaurare una relazione di fiducia con i genitori pazienti psichiatrici. In generale gli assistenti sociali si sentono percepiti come pericolosi mentre gli psichiatri evidenziano maggiormente vissuti legati alla non credibilità delle loro posizioni poiché accusati di collusione con i loro pazienti. Evidenziano inoltre l'idea di essere coinvolti quando è già stata fatta dall'assistente sociale una valutazione di patologia sulla base di comportamenti bizzarri che non necessariamente hanno una motivazione psicopatologica e segnalano frequentemente di essere investiti di aspettative magiche. E' possibile che, per entrambi gli operatori, assistenti sociali e psichiatri, la richiesta – da parte degli utenti, delle organizzazioni, della società – di risolvere problemi che non hanno soluzione, o hanno possibilità risolutive molto limitate, generi sentimenti di impotenza, che si esprimono attraverso reciproche incomprensioni, attribuzione all'altro di possibilità di scelta tra opzioni e risorse, che, di fatto, non esistono.

Rispetto ai limiti nella collaborazione, come ho già evidenziato nella sintesi dei risultati sulle rappresentazioni sul punto, è possibile che la difficoltà al lavoro comune possa essere legata a problemi di scarsa conoscenza reciproca, ad una poca abitudine al lavoro di rete da parte dei medici, alla poca conoscenza dei rischi che possono subire i minori con un genitore affetto da disturbi psichiatrici e degli aspetti diagnostici e delle implicazioni connesse alle diverse patologie. Quest'ultima ipotesi trova conferma nel fatto che, come abbiamo visto, le figure intervistate non segnalano di avere una formazione specifica in quest'ambito.

Un'ulteriore ipotesi di lettura della confusione e della conflittualità che si può creare nella relazione tra gli psichiatri e gli assistenti sociali può essere ricondotta a quella che Bertotti (1996:42-5) chiama relazione a doppio binario, che si struttura quando gli operatori avviano una relazione su presupposti di non chiarezza e

trasparenza per "agganciare la situazione". Il concetto di relazione a doppio binario viene utilizzato nella dimensione individuale assistente sociale/utente ma può essere a mio avviso esteso alla collaborazione tra assistenti sociali e psichiatri. La percezione di alcuni medici intervistati è proprio quella di essere stati ingaggiati, nella loro carriera professionale, in relazioni "pericolose" poiché non erano prevedibili gli esiti, non vi era chiarezza nelle intenzioni che si sono svelate nel tempo. Anche questo aspetto di non chiarezza sembra essere in qualche modo connesso alle difficoltà che gli intervistati rilevano nella collaborazione.

In ultimo è possibile che le difficoltà siano connesse in certa misura all'indisponibilità personale dei singoli operatori ma possono anche essere legate ai percorsi formativi ed al ruolo sociale delle diverse professioni. Come afferma Motta (2013:217) professioni caratterizzate da un forte riconoscimento di autonomia, paradigmi socialmente ritenuti più forti, abitudini al lavoro con i colleghi per dare consulenze più che per progettare insieme, come accade alle professioni mediche, possono portare ad amplificare le difficoltà del lavoro di gruppo. D'altro canto anche il rischio di estendere eccessivamente i confini della propria competenza, da parte degli assistenti sociali può portare, come abbiamo visto nelle parole degli psichiatri quando affermano di dover intervenire a fronte di una diagnosi di patologia psichiatrica fatta da un'assistente sociale, ad una aprioristica valutazione di legittimità del proprio parere. Non credo che l'assistente sociale pensi di avere competenze mediche, quando afferma che una persona "è psichiatrica": penso che la soggettività della sua esperienza la porti a dire, in modo a volte un po' affrettato, che a determinati comportamenti corrisponde un certo tipo di diagnosi. Questa soggettività, non filtrata, e magari tradotta in un linguaggio poco articolato, non può però che attivare una reazione difensiva nell'interlocutore, in questo caso lo psichiatra, che vede invaso il territorio di sua competenza esclusiva, da un non abilitato a indagare problemi attinenti alla salute mentale.

L'impatto della riduzione delle risorse e le ricadute sui professionisti.

Come abbiamo visto la collaborazione tra assistenti sociali e psichiatri è di per sé complessa, caratterizzata da differenti mandati istituzionali, professionali, da diverse motivazioni, linguaggi, culture professionali. Sebbene non fosse un ambito specifico di indagine è emerso da tutte le interviste come gli operatori si trovino quotidianamente a far fronte alla pressione di richieste contrapposte: da un lato la richiesta di contenimento della spesa pubblica attraverso la costante contrazione delle risorse messe a disposizione e dall'altra la richiesta dei cittadini e di altre figure professionali che si aspettano soluzioni a problemi diversificati e complessi.

In tale contesto si amplifica la complessità dell'agire interventi di aiuto, sostegno e protezione in favore di minori e delle loro famiglie e si rende necessaria una continua ridefinizione dei livelli di rischio. Assistenti sociali e psichiatri segnalano che le indicazioni appaiono contraddittorie e creano incertezza: un lato il mandato istituzionale chiede di realizzare interventi assistenzialistici, standardizzati, limitati a situazioni di gravità, in ambito sanitario la risposta ad un bisogno di salute deve essere data in tempi

brevi ma aumentano i carichi di lavoro e non la dotazione di personale. In questa situazione diviene difficile conciliare la prassi quotidiana con un mandato professionale che tanto per gli assistenti sociali quanto per gli psichiatri orienta l'azione verso la promozione del cambiamento in termini personalizzati.

I mandati quindi non sembrano coerenti fra loro o possono non indicare le medesime priorità. Esempificando, la collocazione lavorativa e il dovere di lealtà nei confronti della propria organizzazione possono creare una frattura tra mandato istituzionale e mandato professionale. Il dovere di lealtà nei confronti della propria organizzazione, presuppone l'adesione e il rispetto delle scelte istituzionali e organizzative, anche se non condivise, cui inevitabilmente conseguono vincoli di diverso tipo che possono limitare l'autonomia dei professionisti, non consentire l'impiego di risorse ritenute utili, generare sentimenti d'impotenza di fronte a problemi per i quali non vi sono interventi attivabili. Nella sua forma più estrema, la distanza tra mandato professionale e mandato istituzionale può orientare alcuni professionisti verso una prestazione lavorativa di tipo esecutivo-burocratico, priva di personalizzazione.

Nella realtà operativa, ci si può imbattere in situazioni che provocano dilemmi etici di rilievo nei professionisti, e lo si è visto rispetto alla necessità di scelta tra interventi ritenuti maggiormente rispondenti alle esigenze dei genitori pazienti psichiatrici ed interventi possibili, oppure nella riduzione del tempo che può essere dedicato alle persone.

Rispetto al tema della collaborazione interprofessionale le rappresentazioni degli intervistati sembrano confermare alcuni rischi segnalati in letteratura che ritengo importante accennare brevemente. Come afferma Motta (2013), il lavoro tra diverse figure professionali rischia di ridursi ad una sommatoria di prestazioni diverse. Ritengo di poter dire che spesso ciò avviene nell'ambito della collaborazione tra assistenti sociali e psichiatri nell'ambito di progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali dei pazienti psichiatrici e collego questa difficoltà al fatto che la co-progettazione deve essere adeguata e coerente ai bisogni di due persone l'adulto ed il bambino. Nelle tradizionali équipe sul caso questo non si verifica poiché si tratta di un univo destinatario di interventi con valenze differenti. Sono rare, nella percezione degli intervistati, le situazioni nelle quali vi è una presa in carico attenta a collegare le diverse prestazioni e più spesso si assiste ad una segmentazione di atti. Abbiamo visto come un ruolo importante può essere giocato dalle percezioni che gli operatori hanno di sé e degli altri. Ritengo che, a fronte della conoscenza delle percezioni reciproche, emerse in questo lavoro, l'integrazione dovrebbe essere sostenuta promuovendo anche la conoscenza dei rispettivi obiettivi, strumenti, possibilità e non solo attraverso una definizione gerarchica di protocolli. La reciproca conoscenza limiterebbe, a mio avviso, la creazione di false aspettative (come le aspettative magiche nei confronti degli psichiatri; ma credo che l'attesa di una risoluzione totale abbia anche la direzione contraria, dal medico all'assistente sociale).

Sviluppi di pensiero e di ricerca prefigurabili.

Come abbiamo visto la ricerca presentata aveva obiettivi esplorativi e di comprensione del fenomeno ed era finalizzata ad individuare le rappresentazioni di psichiatri ed assistenti sociali sul tema del sostegno e del controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici.

Ritengo che questo obiettivo sia stato almeno in parte raggiunto. I limiti che ad oggi ravvedo nel mio lavoro si collocano su diversi livelli.

Su un primo livello, un limite trasversale alla ricerca e quindi non connesso in modo specifico ad una delle due aree di indagine, è legato alla possibilità di influenzamento che il ricercatore, assistente sociale di un centro di salute mentale piemontese da anni impegnato nella gestione di situazioni di adulti affetti da patologia psichiatrica con figli minori, potrebbe avere avuto nei confronti delle persone intervistate. Ho tentato di gestire questo rischio limitando il più possibile il numero di intervistati con i quali è intercorso negli anni un rapporto professionale ma in ogni caso le strategie di selezione degli intervistati hanno disvelato la mia professione.

Ad un secondo livello, la scelta dello strumento di indagine, l'intervista semi-strutturata, ha permesso di evidenziare le rappresentazioni degli intervistati rispetto alla collaborazione interprofessionale, coerentemente con i miei obiettivi, ma tale strumento non risulta essere adeguato nella valutazione dell'interazione diretta tra professionisti. E' in gruppo, cioè nelle *équipe* multidisciplinari che le decisioni vengono assunte, che la collaborazione si sviluppa e quindi potrebbe essere utile una loro diretta osservazione. Tale limite potrebbe essere superato con una ricerca etnografica strutturata sul lungo periodo, a mio avviso non proponibile nei tempi definiti per una ricerca di dottorato. L'impostazione della traccia di intervista, l'ampiezza del campione, la mancanza di solide ipotesi da verificare, l'assenza di dati oggettivi ha reso inoltre impossibile individuare elementi che possano permettere di fare ipotesi sulle caratteristiche che delineano una "buona" o una "cattiva" collaborazione e non è inoltre possibile individuare elementi che la facilitano o la limitano. Sarebbe interessante comprendere nello specifico come sono organizzate le riunioni, come si decide all'interno dei gruppi di lavoro su progetti di sostegno e controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici con attenzione sia agli aspetti formali, tra i quali troviamo la presidenza delle riunioni, l'uso di scale valutative, le modalità di decisione, in presenza di dissensi, che agli aspetti legati al diverso riconoscimento e legittimazione delle varie professioni, al fine di comprendere se le valutazioni hanno una reale integrazione multidisciplinare o se prevalga invece il giudizio sanitario o quello sociale. Ulteriore elemento di interesse è legato alla necessità di verificare gli esiti del proprio lavoro, che si collega all'area delle rappresentazioni di assistenti sociali e psichiatri sugli interventi e sugli strumenti di sostegno e di controllo delle competenze genitoriali di pazienti psichiatrici. L'analisi del materiale empirico ha messo in luce la presenza di numerosi interventi effettuati da altre figure professionali che potrebbero essere coinvolte in sviluppi successivi di questo lavoro. Inoltre sarebbe particolarmente prezioso un lavoro di ricerca che permetta di verificare quanto le valutazioni multidisciplinari siano efficaci per proporre interventi

utili e quanto il sistema dei servizi sia in grado di rispondere ai diversi bisogni di cui le équipes si fanno portavoce.

In ultimo, ancora in riferimento all'utilità degli interventi, occorre evidenziare che il servizio sociale in questi anni ha sviluppato una crescente attenzione verso approcci che valorizzano gli utenti dei servizi, il loro sapere, le loro competenze e le loro risorse. La valorizzazione della persona, l'importanza attribuita al principio dell'autodeterminazione, e al rispetto di tale principio, negli ultimi decenni si è sostanziata in modo nuovo. Il successo di approcci fondati sull'*empowerment* e basati su modelli contrattuali, quali l'approccio centrato sul compito, ne sono un esempio (Ferrario, 2000). Incide inoltre, a livello del lavoro sul campo, l'affermarsi – sul piano epistemologico - di nuove concezioni del professionista sociale, concezioni che tendono ad una riduzione delle asimmetrie tra l'esperto e il cliente: il professionista non è più rappresentato come colui che sa di più della persona e che deve prendere delle decisioni su cosa va fatto, bensì come un consulente che mette il suo sapere a disposizione della persona (Lorenz, 2007) e che, grazie a capacità connettive, è in grado di dialogare e rapportarsi con saperi diversi (Fargion 2004). E' in questo quadro che, nella costruzione di un sapere professionale di servizio sociale, assume sempre più rilevanza acquisire in modo sistematico elementi di conoscenza sull'esperienza soggettiva tanto degli operatori stessi, ed è quello che ho tentato di fare con questo lavoro, quanto di chi affronta i problemi o attraversa le crisi della vita per cui si rivolge ai servizi. In altre parole diventa molto rilevante per la professione esplorare le percezioni di chi entra in contatto con i servizi nella posizione di utente. Da qua la progressiva attenzione su questi temi e il successo di un filone di ricerca specificamente agganciato al servizio sociale che mira a studiare l'esperienza degli utenti. Va rilevato che, per l'assistente sociale, avere una più approfondita comprensione di quali sono i vissuti e le difficoltà percepite da chi si trova in situazione di disagio, rappresenta uno stimolo alla riflessione e allo sviluppo di modalità d'intervento e modelli di lavoro che riducano la distanza tra chi aiuta e chi è aiutato. Un coinvolgimento degli utenti nella ricerca - ponendo l'accento sulla partecipazione e sul processo che consente di valutare non solo i risultati che sono conseguiti, ma anche i processi che si sviluppano per tutti i partecipanti coinvolti in un apprendimento condiviso che permette di ottenere un maggiore controllo sulla propria vita in situazioni di marginalizzazione ed esclusione - può offrire importanti stimoli per lo sviluppo dell'intervento. Inoltre, assume rilevanza per l'operatore la possibilità di confrontarsi con aspettative, criticità, percezioni, valutazioni degli utenti: l'obiettivo diventa quello di acquisire nuove competenze e capacità nell'ambito del processo. Competenze che, a loro volta, possono essere utilizzate per imparare a capire il funzionamento delle decisioni (Lorenz 2007). Se già il coinvolgimento nella ricerca degli adulti costituirebbe un aspetto di innovazione nel panorama italiano, un ulteriore elemento fondamentale dovrebbe essere il coinvolgimento dei minori. In modo particolare nelle società occidentali sta prendendo

piede la convinzione che sia necessario considerarli come dei soggetti, con il diritto di esprimere il proprio punto di vista e di essere ascoltati. Il loro coinvolgimento richiederebbe indubbiamente delle particolari attenzioni metodologiche ed etiche, tuttavia, se attuato con rigore, ha rappresentato un'esperienza positiva per i minori e ha dato risultati estremamente interessanti.

Questo tipo di ricerche si è sviluppato prevalentemente nei paesi anglosassoni e del nord Europa, dove da anni si è affermata la formazione accademica per il servizio sociale. Si tratta di un filone che presenta diverse ramificazioni. Una prima riguarda proprio l'esplorazione dell'esperienza soggettiva di chi sperimenta determinate situazioni di difficoltà. Si va dallo studio dei bisogni specifici in determinati contesti, ad esempio l'insorgere di una malattia di un figlio, al raccogliere esperienze di vita di chi attraversa particolari situazioni, per esempio la disoccupazione. La seconda ramificazione importante è direttamente focalizzata all'esplorazione del rapporto tra persone e servizi.

Concludo il mio lavoro evidenziando che ciò che reputo di valore in questa ricerca è l'aver prodotto una ricognizione di ciò che gli assistenti sociali e gli psichiatri pensano e vivono nel loro lavoro quotidiano nell'ambito degli interventi di sostegno a genitori affetti da patologia psichiatrica. Per quanto si tratti di un piccolo campione credo che le loro rappresentazioni siano un punto di partenza importante per un lavoro di ricerca che cerchi di superare i limiti che io per primo e altri maggiormente qualificati dopo di me individueranno nel mio lavoro. Spesso le mie interviste si sono concluse con un ringraziamento dell'intervistato che ha visto nel tempo che mi ha dedicato uno spazio di riflessione e di analisi del suo lavoro. L'intervista è stato un momento di stacco dall'operatività in cui gli intervistati riconoscono di aver potuto "sospendere l'azione riattivando e dando spazio al pensiero". Credo che i momenti di riflessione siano spesso circoscritti, quando presenti, a piccoli gruppi di lavoro, a scambi tra colleghi e che il rischio sia quello di non riuscire a socializzare e trasmettere le competenze che si sostanziano nella pratica.

Ritengo che lo studio delle rappresentazioni che ho presentato possa offrire elementi per costruire una base conoscitiva importante dalla quale partire per arrivare, in successive ricerche, ad elaborare dei modelli di intervento per la pratica, utili ed efficaci nella gestione di queste situazioni.

Bibliografia

Riferimenti Normativi

Bibliografia

- AAVV, 1992, Famiglie in difficoltà. Tra rischio e risorse, Vita e pensiero, Milano.
- Abburà A., Boscarolo R., Gaeta A. (a cura di), 2000, Il bambino tradito. Carenze gravi, maltrattamento e abuso a danno di minori, Carocci Editore, Roma.
- Ainsworth, M., Bowlby, J. 1985. Child Care and the Growth of Love. London: Penguin Books.
- Ainsworth M. D., 2006, Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità, Raffaello Cortina, Milano.
- Alakus, C., Conwell, R., Gilbert, M., Buist, A. and Castle, D., 2007, The Needs of Parents with a Mental Illness Who Have Young Children: an Australian Perspective On Service Delivery Options, *Int J Soc Psychiatry* 53: 333-339.
- Allegri E., 2012, Equipaggi senza orizzonti? Criticità ed aspetti positivi del lavoro di équipe. *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione* n.4/2012, pp. 67-81
- Allegri E., 2013, Ricerca di Servizio Sociale, pp. 535-541, in Campanini A.M. (diretto da), *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Carocci Faber, Roma.
- Allen-Meares, P., C. A. Hudgins, et al., 2005, Using a collaborative model to translate social work research into practice and policy. *Research on Social Work Practice* 15(1): 29-40.
- Amadei T., Tamburini A., 2002, La leva di Archimede. Il codice deontologico dell'assistente sociale tra responsabilità e appartenenza sociale. Franco Angeli, Milano.
- American Psychiatric Association, 2000, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association. Edizione italiana, DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson.
- Amerio P., 1995, Fondamenti teorici di psicologia sociale, Il Mulino, Bologna.
- Ammaniti M., Cimino S., Trentini C., 2007, Quando le madri non sono felici, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Anglin, J.P., 2002, Risk, Well-Being, and Paramourcy in Child Protection: The Need for Transformation, *Children and Youth Service Review*, 31 (4), pp. 233-255.
- Anthony E.J., Modèles d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour des enfants de parents psychotiques, in Anthony E.J., Chiland C., Koupernick c., *L'enfant dans sa famille – L'enfant a haut risque psychiatrique*, 1980, PUF, Paris, citato in Caffo E., 1988, Il rischio familiare e la tutela del minore. Angelo Guerini e Associati, Milano.
- Anthony W.A., 1993, Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990's, *Psychosocial Rehabilitation Journal* Volume 16, Number 4: April 1993, http://med.monash.edu.au/spppm/research/southern synergy/mapcd/documents/recovery_from_mental_illness.pdf
- Anthony, W. A., 2000. A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 159–168.

- Aponte H.J., 1976, *Underorganization in the Poor Family*, cit. in Cirillo S., Cipolloni M.V., 1994. *L'assistente sociale ruba i bambini?*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Ardesi S., Filippini S., 2008, *Il servizio sociale e le famiglie con minori: prospettive giuridiche e metodologiche*. Carocci Faber.
- Ardino V.(a cura di), 2009, *Il disturbo post-traumatico nello sviluppo*, Edizioni Unicopli, Milano
- Aresta A., Grattagliano I., 2010, *Child neglect: caratteristiche, conseguenze, alcune proposte di intervento in La rivista di servizio sociale n.2* , pp.2-15
- Avalle U., Maranzana M., Sacchi P., 2001, *Corso di Scienze Sociali*, Zanichelli, Bologna.
- Bandini T., Rocca G., 2010, *Fondamenti di psicopatologia forense. Problemi di metodo e prospettive di sviluppo delle consulenze psicologiche e psichiatriche in ambito giudiziario*, Giuffrè, Milano.
- Baker F, Intagliata J. 1982, *Quality of life in the evaluation of community support systems*. *Eval Program Plann*; 5(1):69–79. [PubMed]
- Barbero Avanzini B., Cirillo S., Ichino Pellizzi F, (a cura di), 1988, *Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali*, Edizioni Unicopli, Milano.
- Bartolomei A., Passera M.L., 2005, *L'assistente sociale. Manuale di Servizio sociale professionale*, Roma, Cierre.
- Bartoloni S., *Dal codice napoleonico al codice Pisanelli: famiglia, diritti e patrimoni*. In *Treccani.it L'Enciclopedia italiana*
http://www.treccani.it/scuola/lezioni/in_aula/storia/codice_napoleonico/bartoloni.html
- Bastianoni P., Taurino A., a cura di, 2007, *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Bastianoni P., Taurino A., Zullo F., 2011, *Genitorialità complesse. Interventi a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Bateson G., 1976, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Battaglia G., 2007, *Alcune riflessioni sulla fragilità della famiglia e sull'alienazione parentale*, in *Minori Giustizia* n.3/2007, Franco Angeli, Milano, p. 24-27
- Battista G., 2007, *Lo stato di adottabilità del minore*. In <http://www.medeacom.it/public/files/uploaded/Diritto%20civile%2019%2020%2021%20aprile%2007/battista.pdf>
- Baumrind D., 1966, "Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, Child Development", in *Child Development*, 37(4), 887-907
- Beardslee W. R., Bemporad J., Keller M.B. e Klerman G.L., 1983, *Children of partents with major affective disorder: A review*, "American Journal of Psychiatry", n.140, pp.825-832.
- Beigbeder de Agosta C., Colombo R.I., Barilari Z., 2004, *Abuso y maltrato infantile*, Canquèn Editora, Buenos Aires.
- Belletti F., et al.,. 2007. *Valore famiglia. Il nuovo sguardo del Decimo Rapporto CISF*. *Famiglia Oggi* n. 11
- Belsky J., Steinberg L., Draper P, 1991, *Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization*, *Child Development Volume 62*, Issue 4, pages 647–670.
- Benvenuti P., Gristina D.A., 1998, *La donna e il servizio sociale. Identità sessuale e professionale dell'assistente sociale*. Cortina Editore, Milano.
- Berger P., Luckmann T., 1966, trad.ita 1969, *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Berti A.E., Bombi A.S., 2005, *Corso di psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Berti A.E., Bombi A.S., 2005, *Introduzione alla psicologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna.
- Bertotti T., Gabbana L., 1993, *L'intervento del CBM e la comunità di tipo familiare*, in *Campanini A.M., Maltrattamento all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Bertotti T., 1996, *La presa in carico e le funzioni dell'assistente sociale*, in *Ghezzi D., Vadiolonga F., La tutela del minore*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bertotti T., 2010, *I servizi per la tutela dei minori: evoluzioni e mutamenti*. In *Autonomie locali e servizi sociali* n. 2: 227-45
- Bertotti T., 2011, *Dilemmi etici e criteri di scelta degli assistenti sociali dei servizi per l'infanzia e la famiglia*. (Tesi di dottorato, Università degli Studi di Milano-Bicocca, 2011), <http://boa.unimib.it/handle/10281/19713#.UrbHAvTuKS8>
- Bertotti T., 2012, *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, Roma.

- Biancardi A., 1998., L'intervento con la famiglia nei casi di maltrattamento all'infanzia, pp. 127-148 in Cellentani O., 1998, *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali.* Franco Angeli, Milano.
- Bianchi D., (a cura di), 1993, *Servizio sociale e lavoro con i gruppi*, Franco Angeli, Milano.
- Bichi, R., 2002. *L'intervista biografica. Una proposta metodologica.* V&P Università. Milano.
- Bonanno GA., 2004, Loss, trauma and human resilience: have we underestimate the human capacity to thrive after extremely aversive events?, *American Psychologist*.
- Bornstein M.H., 1995, "Handbook of Parenting", Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah.
- Bortoli B., 2006, *I giganti del lavoro sociale*, Trento, Erikson.
- Bortolotti G., Galli D., Garavini C. 1994. *Storie di servizi e di minori*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Bosco N., Naldini M., Busso S., Di Monaco R., Teagno D., 2011, *Analisi del contesto, la salute sociale dei territori del Piemonte.* Dipartimento di Scienze Sociali, Università degli Studi di Torino. Direzione Scientifica di Negri N.. <http://www.regione.piemonte.it/polsoc/dwd/a.pdf>
- Bouquet B., 2004, *Etique et travaille sociale*, Dunod, Paris, cit. in Dellavalle M., 2013, *Assistente Sociale in Campanini A.M. (diretto da), Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci Faber, Roma. pp.64-73.
- Bowlby J., 1988, *A Secure Base*, Routledge, London, trad. it. 1989, *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Brizzi L., Cava F., 2003, *L' integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell'assistente sociale.* Carocci, Roma.
- Brounod M., Olivetti Manoukian F., 2005, *L'organizzazione psichiatrica e i suoi dilemmi*, in *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXXIX, n. 3, Franco Angeli, Milano, pp. 39-58.
- Brunnberg, E., Pećnik, N., 2007, *Assessment Process in Social work with children at risk in Sweden and Croatia*, *International Journal of Social Welfare*, 16(3), pp. 231-241.
- Brutti C., 1988, *Ottiche di intervento dei Servizi: tra aiuto al malato e salvaguardia dei minori*, pp. 59-65, in *Malagoli Togliatti M., 1998, a cura di, Disagio mentale e validità genitoriale*, Bulzoni Editore, Roma.
- Brutti C., Scotti F., 1976, *Psichiatria e democrazia. Metodi ed obiettivi di una politica psichiatrica post istituzionale.* De Donato Editore, Bari.
- Bundy-Fazioli K., Briar-Lawson K. e Hardiman E.R. 2008. *La questione del potere. Tra operatori sociali e genitori in difficoltà.* *Lavoro sociale* n. 2, pp.173-187, Erikson, Trento.
- Caffo E., 1983, *I maltrattamenti ai bambini*, in AA.VV. *Le istituzioni e le comunità di fronte all'abuso del bambino*, Fondazione Zancan, Padova.
- Caffo E., 1985, *La valutazione delle competenze familiari per un efficace intervento e per la predisposizione di misure preventive*, in AA.VV. *L'abuso e la violenza all'infanzia*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- Caffo E., 1988, *Il rischio familiare e la tutela del minore.* Angelo Guerini e Associati, Milano.
- Caffo E., 1990, *Bambino e famiglia tra normalità e patologia*, in *Psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza*, vol. 57. Pp. 47-52.
- Cambria S., 2003, *Disagio psichico e servizio sociale. Elementi di psichiatria per assistenti sociali*, Franco Angeli, Milano.
- Campanini A.M., Luppi F., 1988, *Servizio sociale e modello sistemico. Una nuova prospettiva per la pratica quotidiana.* Carocci, Roma.
- Campanini A.M., 1993, a cura di, *Maltrattamento all'infanzia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Campanini A.M., 2002, *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale.* Carocci Faber, Roma.
- Campanini A.M., Riva V., 2010, *Integrazione professionale e servizi sociali: una scommessa possibile*, in *Facchini C. (a cura di), Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetto del welfare.* Il Mulino, Bologna.
- Campbell S.B., Cohn J.F., Meyers T., 1995, *Depression in first – time mothers. Mother – infant interaction and depression Cronicity*, cit. in *Procaccia R., 2005, Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia, Maltrattamento e abuso all'infanzia, Vol.7, n.2., pp. 73-99*
- Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., 2008, *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Emanuela Zancan Onlus, Padova.
- Canali C., Vecchiato T., 2011, (rapporto finale a cura di), *RISC, Rischio per l'infanzia e soluzioni per contrastarlo.* Quaderni di ricerca sociale 12, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in

- collaborazione con Fondazione «Emanuela Zancan» onlus Centro studi e ricerca sociale, http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/0B4B1F11-B5D0-4ED8-8DD5-BF8390976D65/0/QuadernoRS_12_RapportoRISC_2011.pdf
- Cancrini L., 1998, La famiglia come sistema, pp-68-111, in Cellentani O., 1998, (a cura di) *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Cardano M., 2005, *Lavoro e disturbo psichico a Torino*, https://dspace-unito.cilea.it/bitstream/2318/623/1/CARDANO_Lavoro_e_disturbo_psichico_a_Torino.pdf
- Cardano M., 2011, *La ricerca qualitativa*, Il Mulino, Bologna.
- Carter E.A., Mc Goldrick M. *The Family Life Cycle*, Gardner Press, New York
- Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., 2001, *L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale di intervento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carpenter, J., 2002. *Mental health recovery paradigm: Implications for social work*. *Health & Social Work*, 27(2), 86-94.
- Carrozza P., 2010, *La psichiatria di comunità tra scienza e soggettività. Linee di pratica clinica nei Servizi di Salute Mentale*. Franco Angeli, Milano.
- Carter, B., J. Cummings, et al., 2007, *An exploration of best practice in multiagency working and the experiences of families of children with complex health needs. What works well and what needs to be done to improve practice for the future?*, *Journal of Clinical Nursing* 16(3): 527-539.
- Cassell D., Colemann R, 1997, *Genitori con problemi psichiatrici*, pp. 197-212, in Reder P., Lucey C., 1997, *Cure genitoriali e rischio di abuso: guida per la valutazione*, Erikson, Trento.
- Castle D.J., McGrath J., Kulkarni J., 2001, *Donne e Schizofrenia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cellentani O., 1998, (a cura di), *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Cellentani O., 1998, *Operatori e psicodinamica delle rappresentazioni familiari*, pp. 15-25, in Cellentani O., 1998, (a cura di) *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Cellentani O., 2004, *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, Franco Angeli, Roma.
- Certomà G., 2005, (a cura di), *Guido Calogero e Maria Calogero Comandini. Il servizio sociale in una democrazia moderna. Antologia degli scritti 1946 – 1961, Sensibili alle Foglie, Dogliani*.
- Cesa-Bianchi M., Scabini E., 1993, (a cura di), *La violenza sui bambini. Immagine e realtà*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Chamberlin, J 1978, *On our own - Patient-controlled alternatives to the mental health system*, New York: Hawthorn Books, Inc.
- Ciccotti E., Sabbadini L., (a cura di), 2007, *Come cambia la vita dei bambini. Indagine statistica multisecolare sulle famiglie, Questioni e Documenti: Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*, n. 42, Istituto degli Innocenti, Firenze.
- Cirillo S., Cipolloni M.V., 1994. *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cirillo S., Di Blasio P., 1989. *La famiglia maltrattante*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., 2002, *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Raffaello Cortina, Milano.
- CISMAI, *Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia, definizione di violenza assistita intrafamiliare*. http://www.osservatoriopedofilia.gov.it/dpo/resources/cms/documents/13_CISMAI_Requisiti_Interventi_Violenza_Assistita_Madri.pdf
- Civenti G., Cocchi A., 1994. *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Colarusso A., 2009, *Assistenti sociali e istituzioni pubbliche*, pp.127-151, in Gui L., (a cura di), *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci Faber, Roma.
- Colarusso A., 2009, *Il valore della cultura organizzativa*, pp. 67-87, in Gui L., (a cura di), *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci Faber, Roma.
- Coleman R., 2005, *Guarire dal male mentale*, Manifestolibri, Roma.
- Coletti M., 1998, *Famiglie multiproblematiche, servizi sociali e approccio sistemico*, pp. 115-126, in Cellentani O., 1998, (a cura di) *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Colon F., 1980, *The family Life Cycle of the Multiproblem Poor Family* in Carter E.A., Mc Goldrick M. *The Family Life Cycle*, Gardner Press, New York

- Colucci M.R., 1988, Malattia mentale del genitore ed evoluzione del minore, considerazioni su alcuni fattori di rischio, pp. 233-244, in Malagoli Togliatti M., 1998, a cura di, Disagio mentale e validità genitoriale, Bulzoni Editore, Roma.
- Commissione Europea Salute Pubblica – Salute Mentale, http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_it.htm
- Condò G., (2012), Elementi di diritto privato e di famiglia. Manuale per operatori sociali. Franco Angeli. Milano.
- Comandini M., 1947, in Certomà G., 2005, (a cura di), Guido Calogero e Maria Calogero Comandini. Il servizio sociale in una democrazia moderna. Antologia degli scritti 1946 – 1961, Sensibili alle Foglie, Dogliani.
- Comitato Nazionale di Bioetica, (2000), Psichiatria e salute mentale, orientamenti bioetici. <http://www.governo.it/bioetica/testi/241100.html>
- Commissione delle Comunità europee, 2005, Libro Verde Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_it.pdf
- Cooper, A.. 2004. "Game Theory and Partnership in Child Protection Practice." Practice 16(3): 165 – 184.
- Corbetta P., (1999), Metodologia e tecniche della ricerca sociale- III. La rilevazione dei dati: tecniche qualitative. Il Mulino, Bologna.
- Corsale M. (a cura di), La sociologia clinica come sapere rigoroso e pratica sociale in Sociologia clinica e terapia sociale, Franco Angeli, Milano.
- Cortellazzo M., Zolli P., 1999, Deli, Dizionario Etimologico della Lingua Italiana. Zanichelli, Bologna.
- Council of Europe, 1981, Criminological Aspects of the III-Treatment of Children in the Family, vol. XVIII, Council of Europe, Strasbourg.
- Covini P., (1988), L'abuso e la violenza all'infanzia nella ricerca italiana ed internazionale, in Barbero Avanzini B., Cirillo S., Ichino Pellizzi F, (a cura di), Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali, Edizioni Unicopli, Milano.
- Crivillé A., (1995), Genitori violenti, bambini maltrattati, Napoli, Liguori Editore.
- Cummings E.M., Davies P.T., 1994, Maternal depression and child development, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", n.35, pp.73-112, in Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. Cure genitoriali e rischio di abuso. Edizioni Erickson, Trento.
- Dal Pra Ponticelli M, 1987, Lineamenti di servizio sociale, Astrolabio, Roma.
- Dal Pra Ponticelli M., 2002, Riflessioni in tema di integrazione delle professionalità nei servizi alle persone. In Diomede Canevini M., Vecchiato T., L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone, Centro Studi e Formazione Sociale Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- Dal Pra Ponticelli M., 2013, Metodologia e servizio sociale, pp.364-368 in Campanini A.M. (a cura di), Nuovo dizionario di servizio sociale. Carocci Faber Editore, Roma.
- Davidson L., 2003, Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia, New York, New York University press.
- Davidson L. et.al. 2012, Il recovery nei servizi di salute mentale. In Lavoro Sociale vol. 12 n.2:199-223. Edizioni Erickson, Trento.
- Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K., 2006. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatric Services, 57(5), 640-645.
- Davidson L., Stayer D.A., Lambert S., Smith P. e Sledge W.H., 1997, Phenomenological and participatory research on schizophrenia: recovering the person in theory and practice, n.53:767-784, Journal of Social Issue.
- Davidson L., Strauss JS., 1992, Sense of self in recovery from severe mental illness, in Med. Psychol. N.65(pt2):131-145. PubMed.gov, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1633118>
- Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J. 2007. Creating a recovery-oriented system of behavioral healthcare: Moving from concept to reality. Psychiatric Rehabilitation Journal, 31(1), 23–31.
- Davidson L., Tondora J., Staeheli Lawless M., O'Connell J., Rowe M., 2009, (trad. it. 2012), Il recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative. Erickson, Trento.
- Dawson, K. and Berry, M. 2002, Engaging Families in Child Welfare Services: An Evidence-Based Approach to Best Practice, Child Welfare, 81(2), pp. 293-317.

- Deegan, P. E., 1988. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Deegan, P.E., 1992. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), 3-19.
- Deegan, G., 2003. Discovering Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(4), 368-376. <http://www.bu.edu/prj/spring2003/DeeganPRJ264.pdf>
- Dellavalle M., 1995, Minori da tutelare, genitori da aiutare. L'intervento sociale nel contesto italiano. In Crivillé A., 1995, Genitori violenti, bambini maltrattati, Napoli, Liguori Editore.
- Department of Health and Human Services, 2005, Trasforming mental health care in America. Federal action agenda: first steps, Rockville, MD, (SAMSHA) Substance Abuse and Mental Health Service Administration. http://www.samhsa.gov/federalactionagenda/NFC_execsum.aspx
- De Salvia D., 1977, Per una psichiatria alternativa. Collana diretta da G. Maccacaro, Feltrinelli Editore, Milano.
- Devaney, J. 2008, Inter-professional Working in Child Protection with Families with Long-Term and Complex Needs, *Child Abuse Review Volume: 17(4)*, pp. 242-261.
- Di Blasio P., 1997, Abusi all'infanzia: fattori di rischio e percorsi di intervento, in *Ecologia della mente*, n. 2, pp. 153-170.
- Di Blasio P., 2000, *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- Di Blasio P., 2005, Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali. Unicopli,
- Di Blasio P., Camisasca E., 1995, L'influenza dei fattori situazionali sul comportamento prosociale, pp. 277-304, in Di Blasio P. (a cura di), *Contesti interattivi e modelli di sviluppo*, Cortina, Milano.
- Di Blasio P., Camisasca E., 2005, Protocollo sui fattori di rischio e fattori protettivi, pp. 235-276, in Di Blasio P. (a cura di), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Unicopli, Milano.
- Di Blasio P., Rossi G., 2004, (a cura di), *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia. Report di ricerca in* http://centridiricerca.unicatt.it/cridee_Reglom.pdf
- Di Nicola P., 1992, Famiglie difficili: ipotesi per una tipologia, pp. 43-59, in AA.VV. (1992), *Famiglie in difficoltà tra rischio e risorse. Studi interdisciplinari sulla famiglia*, Vita e pensiero, Milano.
- Di Nicola P., 2002, *Il prendersi cura della famiglia*. In *Prendersi cura delle famiglie*, Carocci, Roma.
- Di Virgilio M., 2000, *Disturbi psichici: nevrosi, psicosi e depressioni*, Franco Angeli, Milano.
- Diomede Canevini M., Vecchiato T. (a cura di), 2002, *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione Zancan, Padova.
- Dizionario medico on line. www.mediditalia.it/dizionario-medico
- Dominelli L. 2005, *Il servizio sociale. Una professione che cambia*. Erickson, Trento.
- Donati, Paolo. A cura di. 2007. Osservatorio Nazionale sulla Famiglia Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi, Franco Angeli, Milano.
- EU high-level conference: "TOGETHER FOR MENTAL HEALTH AND WELL-BEING" Brussels, 13 June 2008, European pact for mental health and well-being, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
- European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH), 2013, *Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health* http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf
- Fabbri V., 2006, *Il gruppo e l'intervento sociale. Progettare, condurre, valutare*, Carocci Faber, Roma.
- Facchini C., Ruspini E. 2001, *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano.
- Facchini C. (a cura di), 2010, *Tra impegno e professione. Gli assistenti sociali come soggetto del welfare*. Il Mulino, Bologna.
- Facchini, C. 2012. In Condò, Giovanna. *Elementi di diritto privato e di famiglia. Manuale per operatori sociali*. Franco Angeli. Milano.
- Fadiga L. a cura di, 2006, *Una nuova cultura dell'infanzia e dell'adolescenza. Scritti di Alfredo Carlo Moro scelti ed annotati*, Milano.
- Fargion S. 2004, L'importanza di capire cosa pensano gli utenti. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 7, pp. 5-8.
- Fargion S. 2007, *Synergies and tensions in child protection and family support*. Haskell Memorial Lecture. Phoenix: Arizona State University, pp.13.
- Fargion S., 2009, *Il servizio sociale. Storia, temi, dibattiti*. Editori Laterza, Bari.

- Fargion S., 2013, *Il metodo nel servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*. Carocci Faber Editore, Roma.
- Farkas, M. 2007, *The vision of recovery today: what it is and what it means for services*, *World Psychiatry* 2007;6:68-74, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2219905/>
- Fava Vizziello G., 1988, *Sviluppo del bambino nelle famiglie con disturbi mentali*, pp.-39-56, in Malagoli Togliatti M., 1998, a cura di, *Disagio mentale e validità genitoriale*, Bulzoni Editore, Roma.
- Fava Vizziello G. 1990. "Genitori psicopatologici e problemi preventivi". *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 57.
- Fava Vizziello G., Colucci M.R., Disnan G., 2004, *Le scelte per la tutela del minore di fronte alle genitorialità difficili*, p.62-67 in Fava Vizziello G., Simonelli A., *Adozione e cambiamento*, 2004, Bollati e Boringhieri, Torino.
- Fava Vizziello G., Disnan G., Colucci M.R., 1991. *Genitori psicotici*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Fava Vizziello G., Simonelli A., 2007, *La dissoluzione dei modelli negli interventi sulla genitorialità*, In Bastianoni P., Taurino A. (a cura di), *Famiglie e genitorialità oggi. Nuovi significati e prospettive*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Fava Vizziello G. a cura di, 2008, *Paternalità in cerca d'autore*. Elvier Masson, Milano.
- Fava Vizziello G. et. al. 2011, *Possiamo davvero aiutare a fare i genitori?* In Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. 2011, *Genitorialità complesse. Interventi a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Favretto A. R., Berardini C., 2008, *I colori del neutro. I luoghi neutri nei servizi sociali: riflessioni e pratiche a confronto*. Franco Angeli, Milano.
- Ferguson H. 2003, *Outline of a critical best practice perspective on social work and social care*, "British Journal of Social Work", vol. 33, pp.1005-1045, trad. it. *Per una teoria emergente dalle buone prassi*, in Folgheraiter F. (a cura di), 2004, *Il servizio sociale postmoderno*, Erickson, Trento.
- Ferguson H., Hoogan F. (2004), *Strengthening Families Through Fathers: Issues for Policy and Practice in Working with Vulnerable Fathers and their Families*. Research Report for the Department of Social, Dublin, Community and Family Affairs. http://www.barnardos.ie/assets/files/publications/free/childlinks_body13.pdf
- Ferrario F., Gottardi G., 1987, *Territorio e Servizio Sociale*, ed. Unicopli, Milano.
- Ferrario, F., 1992. *Il lavoro di rete nel servizio sociale*. Carocci. Roma.
- Ferrario F., 1996, *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito*, Carocci, Roma.
- Ferrario F., 2001. *Il lavoro di gruppo nel servizio sociale. Prospettive teoriche e metodi di intervento*. Carocci Editore, Roma.
- Ferraris A.O., 2012, *I figli di genitori psichiatrici*, in "Psicologia contemporanea", maggio – giugno, n°231
- Field T., Diego Miguel A., Yando C., Bendell D., *Pregnant anxiety and comobid depression and anger. Effect on the fetus and neonate*", 2003, in. Procaccia R., 2005, *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia, Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2. ., pp. 73-99
- Filippini S., (2008) *Servizio sociale e nuclei familiari con figli minorenni: la prospettiva metodologica*. In Ardesi S., Filippini S., *Il servizio sociale e le famiglie con minori: prospettive giuridiche e metodologiche*. Carocci Faber.
- Finkelhor e Brown, 1985, in Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., *L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale di intervento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Fiorentino Buselli E., (2002), *Integrazioni e collaborazioni: saperi e saper essere*. In Diomede Canevini M., Vecchiato T., *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Centro Studi e Formazione Sociale Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- Fitzpatrick G., 1997, *La previsione dell'utilità di un intervento terapeutico*, pp. 123-142, Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. *Cure genitoriali e rischio di abuso*. Edizioni Erickson, Trento.
- Fitzpatrick G., Reder P., Lucey C., 1997, *La prospettiva del bambino*, pp 72-90 in Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. *Cure genitoriali e rischio di abuso*. Edizioni Erickson, Trento.
- Folgheraiter F., 1990, *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse*. Centro Studi Erickson, Trento.
- Fonagy P., Target M., 1996, *Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 736 cases at the Anna Freud Center*, cit. in. Procaccia R., 2005, *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia*, Riv. *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2., pp. 73-99

- Fornari U., (1984), *Compendio di psichiatria forense*, UTET, Torino.
- Forrester, D. Kershaw, S., Moss, H., and Hughes, L. (2008), *Communication skills in child protection: how do social workers talk to parents?*, *Child and Family Social Work*, 13(1), pp 41–51.
- Freedman J.A. (1982), *Clinical sociology: What it is and what it isn't. A perspective*, in *Clinical Sociology Review*, 1,1982, pp.34-49
- Freidson E., (2001, trad. it. 2002), *Professionalismo. La terza logica*. Edizioni Dedalo. Bari.
- Freud A., 1976, *Psychopathology seen against the background of normal development*, *British Journal of Psychiatry* n.129, pp. 401-406, in Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. *Cure genitoriali e rischio di abuso*. Edizioni Erickson, Trento.
- Fruggeri L. 2011, *Le famiglie chiedono aiuto*. In Bastianoni P., Taurino A., Zullo F., 2011, *Genitorialità complesse. Interventi a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Gabbard G.O., 2007, *Psichiatria psicodinamica, Quarta Edizione*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gaboardi F., 2012, *Sanità e welfare. Teoria giuridica e teoria finanziaria*. Il Segnalibro, Torino.
- Gabrielli F., 2009, *Disturbi dell'umore*, p. 327-376, in Giberti F., Rossi R., *Manuale di psichiatria*, VI Edizione aggiornata, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Gabrielli F., Moscato F., 2009, *Disturbi di personalità*, p. 199-228, in Giberti F., Rossi R., *Manuale di psichiatria*, VI Edizione aggiornata, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Gallager, C.A. 2000, *Parents in Distress a State's Duty to Provide Reunification Services to Mentally Ill Parents*, *Family And Conciliation Courts Review*, Vol. 38 No. 2, 234-259
- Gambini P., 2007, *Psicologia della famiglia. La prospettiva sistemico relazionale*, Franco Angeli, Milano.
- Gargano M. 2010, *Sociologia clinica tra arte e scienza*, in Corsale M. (a cura di), *Sociologia clinica e terapia sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Garzotto N., 1985, *Psichiatria Pratica*, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Gesano G., Ongaro F., Rosina A., (a cura di), (2007), *Rapporto sulla popolazione. L'Italia all'inizio del XXI secolo*, Il Mulino, Bologna.
- Gasca G., 1990, *I meccanismi di difesa schizofrenici negli operatori dei servizi psichiatrici*, *Riv. Psichiatria Gen. Età Evolutiva*, vol. 28.
- Ghezzi D., Vadilonga F., 1996, *La tutela del minore*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Giddens A. 1991, *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press. Trad. it. *Identità e società moderna*, 1999, Ipermedium Libri, Santa Maria di Capua Vetere.
- Giddens A., 2000, *Il mondo che cambia. Come la globalizzazione ridisegna la nostra vita*. Il Mulino, Bologna.
- Giberti F., Rossi R., 2009, *Manuale di psichiatria*, VI Edizione aggiornata, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Gilligan C., 1982, *Con voce di donna*, Feltrinelli, Milano, cit. in Bertotti T., 2012, *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, Roma.
- Gislon M. C., 1988, *Il colloquio clinico e la diagnosi differenziale*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Giuliano L., La Rocca G., 2008, *L'analisi automatica e semi-automatica dei dati testuali*. Led. Milano.
- Glaser B., Strauss A., 1967, *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Armando, Roma, cit. in Cardano M., 2011, *La ricerca qualitativa*. Il Mulino, Bologna.
- Glendon A.M., Gordon M.W., Osakwe C., 1995, *Comparative Legal Traditions*, West Publishing Company, in Saraceno C., Naldini M. 2007, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Gopfert M., Webster J., Seeman M.V., *Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families*, cit. in Procaccia R., 2005, *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2. pp. 73-99
- Gorman H., 2000, *Winning hearts and minds? Emotional Labour and Learning for Care Management Work*. *Journal of social work practice*, vol. 14, n.2, pp.149-158.
- Greco O., Maniglio R., 2010, *Genitorialità- profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*, Franco Angeli, Milano
- Greene Diane Hogan S., 2005, *Researching Children's Experience Ethical Considerations in Researching Children's Experiences*, Sage publications.
- Greenwood D. Lowenthal D. 2005, *Case study as a means of researching social work and improving practitioner education*, *Journal of Social Work Practice* 19(2): 181-193.
- Greenwood E., 1957, *Attributes of a profession*, in *Social Work*, 2(XIV), 44-45, parzialmente tradotto da Prandstaller G.P., (1980), *Sociologia delle professioni*, Roma, Città Nuova.

- Guggenbuhl-Craig, 1983, Trad. it. 1987, *Al di sopra del malato e della malattia. Il potere "assoluto" del terapeuta*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gui L., 2008, *Tre committenti per un mandato*, in Lazzari F., (a cura di), *Servizio sociale trifocale*, Milano, Franco Angeli.
- Gui L., 2009, (a cura di), *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci Faber, Roma.
- Gui L., 2013, *Trifocalità*, pp. 731-735, in Campanini A.M. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*. Carocci Faber Editore, Roma.
- Guidi, D., Sessa, D. 1996, *La tutela del minore nell'adozione*. In Ghezzi, D., Vadilonga, F. (a cura di), *La tutela del minore: protezione dei bambini e funzione genitoriale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Guttentag C.L., Pedrosa-Josic C., Laundry S.H., Smoth K.E., Swank P.R., 2006, "Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an Intervention With disadvantaged Mothers", in *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 27(4), pp. 349-369.
- Hall A., 1996, *Parental psychiatric disorder and the developing child*, cit. in. Procaccia R., 2005, *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia in Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2, pp. 73-99
- Hall, C., Slembrouk, S., Sarangi, S. 2006. *Language Practices in Social Work, Categorisation and Accountability in Child Welfare*. Routledge, Milton Park.
- Hearle J., McGrath J., 2011, *Maternità e schizofrenia*, pp.77-91, in Castle D.J., McGrath J., Kulkarni J., 2001, *Donne e Schizofrenia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Hearn, J., Pöso, T., Smith, C., White, S., Korpinen, J. 2004. "What is Child Protection? Historical and Methodological Issues in Comparative research on Lastensuojelu/Child Protection". *International Journal of Social Welfare*, 13(1):28-41.
- Heatherington, R., Baistow, K 2001, *Supporting Families with a Mentally Ill Parent: European Perspectives on Interagency Cooperation*, *Child Abuse Review*, 10, pp 351-365.
- Hogan B., Linden W., NajarianB., 2002, *Social support interventions*. In *Clinical Psychology Review* 2002:22 381-440.
- Holland, S. and Scourfield J. 2004, *Liberty and Respect in Child Protection*, *British Journal of Social Work*, 34(1), pp. 21-36.
- Homes J., 1993, *La teoria dell'attaccamento*, John Bowbly e la sua scuola, Raffaello Cortina Editore.
- Hynan D. J. , *Parent – child observations in custody evaluations*, *Family Court Review*, 2003, cit in. Alfano L., Rocca G., Bandini T. , *La valutazione delle funzioni genitoriali nel paziente psichiatrico e il supporto dell'amministratore di sostegno: tra conoscenza e affettività*, in *Rassegna italiana di criminologia*, n. 1, 2012.
- IFSW, *definizione di Social Work*: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- Jack, G. 1997. "Discourses of Child protection and Child Welfare". *British Journal of Social Work*. 27(5):659-78.
- Jenner S, Gent M. , 1995; in Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. *Cure genitoriali e rischio di abuso*. Edizioni Erickson, Trento.
- Johnson D.P. 1986, *Using sociology to analyze human and organizational problems. A humanistic perspective to link theory and practice*, *Clinical Sociology Review*, 4, 1986,pp. 57-70.
- Jonas H., 1985, trad. it. 1995, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. Becchi, Einaudi, Torino.
- Jones K, Cooper H., Ferguson B., 2009, *Lavoro per bene. Buone pratiche nel servizio sociale*. Erickson, Trento.
- Kaneklin C, 2005, *Lavorare in gruppo oggi*. http://www.telemainternational.com/pdf/2005/articolo_kaneklin.pdf
- Kempe R.S., Kempe C.H., 1980, *Le violenze sul bambino*. Armando Editore, Roma.
- Kernberg O., 1978, *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Khoo E.G., Hyvonen U., Nygren L. 2002, *Child Welfare or Child Protection: Uncovering Swedish and Canadian Orientation to Social Intervention in Child Maltreatment*, *Qualitative Social Work*, 1(4), pp. 451-471.
- Kotchick, B.A., Forehand, R. 2002, *Putting Parenting in Perspective: A Discussion of Contextual Factors That Shape Parenting Practices*, *Journal of Child and Family Studies*, 11, 255-270.
- Lalli N., 2001, *Il primo colloquio psichiatrico*, Liguori Editore, Napoli.

- Lanzara G.F., 1993, Capacità negative. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni. Il Mulino Ricerca, Bologna.
- Liamputtong P., 2007, *Researching the Vulnerable. The Sensitive Researcher: Introduction to Researching Vulnerable People*, Sage Publications, Inc.
- Littell, J. 2001, Client participation and outcomes of intensive family preservation services, *Social Work Research*, 25 (2), pp. 103-113.
- Loi A., Maurizio M. D., Zedda M. V., 2005, Équipe, pp. 215-218, in Dal Pra Ponticelli (diretto da), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci Faber, Roma.
- Lorenz W. 2004. Research as an Element in a Social Work's Ongoing Search for Identity, in Lovelock R., Lyons K., Powell J. *Reflecting on Social Work - Discipline and Profession* 145-162. Aldershot: Ashgate.
- Lorenz W. 2007, Protagonismo dell'utente e sviluppo dei servizi di salute mentale. Approcci sociologici e loro significato nelle pratiche dei servizi sanitari. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 81;2:43 – 49.
- Lorenz W. 2008, Paradigms and Politics: Understanding Methods Paradigms in an Historical Context: The Case of Social Pedagogy, *British Journal of Social Work* 38(4): 625-644.
- Losana, Carlo, D'Errico A. 1989. *La protezione del minore fra amministrazione e giurisdizione*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Luberti R., Pedrocchi Biancardi, 2005, (cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Luhmann N., 1985, *Amore come passione*, Laterza, Bari.
- Maccoby E.E., Martin J.A, 1983, Socialization in the context of the family: Parent-child interaction, 01/1983; In book: *Handbook of child psychology*, Publisher: Wiley, Editors: Hetherington, M, pp.1-103
- Main M., Cassidy J. 1988: "Categories of response to reunion with the parent at age six: predictable from infant attachment classification and stable over a one-month period". *Developmental Psychology*, 24, pp.415-426; cit in O. Greco & R. Maniglio, "Genitorialità- profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione", Franco Angeli, 2010
- Malagoli Togliatti M., 1998, a cura di, *Disagio mentale e validità genitoriale*, Bulzoni Editore, Roma.
- Malagoli Togliatti M., Rocchietta Tofani L., 2002, *Famiglie multiproblematiche. Dall'analisi all'intervento su un sistema complesso*, Carocci, Roma.
- Malaguti E. , 2005, *Educarsi alla resilienza. Come affrontare crisi e difficoltà e migliorarsi*, Erickson, Trento.
- Maluccio A., Canali C., Vecchiato T., Lightburn A., Algate J.R., Wendy, (2011), *Improving Outcomes for Children and Families: Finding and Using International Evidence*. *Child Welfare Outcomes*. Jessica Kingsley, London.
- Manaresi F., Marianecchi A., 2006, *L'intervento clinico in età evolutiva*", Carocci Editore, Roma.
- Mancini, A.D., 2008. Self-determination theory: A framework for the recovery paradigm. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 358-365.
- Marcenaro M., Bucca M., *Disturbi d'ansia*, p. 177-198, in Giberti F., Rossi R., *Manuale di psichiatria*, VI Edizione aggiornata, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Marcenaro M., Vecchiato C., 2009, *Disturbi schizofrenici*, p. 377-400, in Giberti F., Rossi R., *Manuale di psichiatria*, VI Edizione aggiornata, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Marelli L., 2008, Buone pratiche per ri-costruire genitorialità, in Zappa M. (a cura di), *Ri-costruire genitorialità. Sostenere le famiglie fragili, per tutelare il benessere dei figli*, Franco Angeli, Milano.
- Marin I., Bon S., 2012, *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, ed. alphabeta.
- Martone G., 1994, *La patologia delle cure*. In Montecchi F., (a cura di), *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Marzotto C., Dallanegra P., Cigoli V., 1998, a cura di, *Continuità genitoriale e servizi per il diritto di visita. Esperienze straniere e sperimentazione in Italia*, Vita e Pensiero, Milano.
- Maslach C., 1982, trad. it. 1992, *La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri*. Cittadella Editrice, Assisi.
- Maslach C., Leiter M.P., 2000, *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*. Edizioni Erickson, Trento
- Maslow A. H. , 1954, trad it. 1973, *Motivazione e personalità*, Armando Armando Editore, Roma
- Massara, D., Arnaud, P., Bracco, M.L., (2000), *La cura dell'adulto psicotico e la protezione dei suoi figli: un'integrazione possibile*, in *Prospettive Assistenziali*, n. 129, pp. 26-28. http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/129/129_la_cura_dell_adulto.htm
- Mastronardi V.M., Villanova M., 2007, *Madri che uccidono*, Newton Compton Editori, Roma.

- Medical Review Board, <http://ptsd.about.com/od/glossary/g/Reexperiencedef.htm>
- Milana G., Pittaluga M., 1983, *Realtà psichica e realtà sociale*. Armando Editore, Roma.
- Milani P., Da Rin V., Canali C., Zara G., Ronconi C., Ius M., Baglioni P., (2008), *La presa in carico di minori di età 0-6 allontanati dalla famiglia d'origine e collocati in comunità per minori: un'indagine quali-quantitativa sugli esiti a breve e medio termine*, in Canali C., Vecchiato T., Whittaker J.K., *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, Fondazione Emanuela Zancan Onlus, Padova.
- Milano M., 2010, *La famiglia nel pensiero dei sociologi classici*. Franco Angeli, Milano.
- Milner J., O'Byrne P., 2005, ed. or. 1998, *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, Trento.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2002. *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l'ascolto del minore e il lavoro di rete. Atti e approfondimenti del seminario nazionale Firenze 24 settembre 2002.* http://www.minori.it/files/prevenzione_disagio.pdf Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.
- Minuchin 1967, in Cirillo S., Cipolloni M.V., 1994. *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Miodini S., 2013, *Équipe*, pp. 243-247, in Campanini A.M. (a cura di), *Nuovo dizionario di servizio sociale*. Carocci Faber Editore, Roma.
- Minow M., 1990, *Making all the difference, Inclusion, Exclusion and American Law*, Cornell University Press, London. Cit. in Ronfani P. (2008). *Diritti dei bambini e degli adulti*. In Favretto A. R., Berardini C., (2008), *I colori del neutro. I luoghi neutri nei servizi sociali: riflessioni e pratiche a confronto*. Franco Angeli, Milano.
- Mitchell, F., Lunt, N. and Shaw, I. 2010, *Practitioner Research in Social Work: A Knowledge Review, Evidence and Policy*, 6(1):17-31.
- Modulo on line Informazioni Assistente Sociale.
<https://docs.google.com/a/campus.unimib.it/spreadsheet/viewform?formkey=dE9GYTdDbWIHV1hGd3VEWkRxdFRznc6MQ>
- Modulo on line Informazioni Nucleo familiare.
<https://docs.google.com/a/campus.unimib.it/spreadsheet/viewform?formkey=dFRzZ0trUV8yYU9UeVNHNG5icjRfS2c6MQ>
- Modulo on line Informazioni Psichiatra.
<https://docs.google.com/a/campus.unimib.it/spreadsheet/viewform?formkey=dDJQaVVPeDhNVEpNWF9wWTg4Y1BjOFE6MQ>
- Monacelli N., Mancini T., 2005, *Appartenenze culturali e dinamiche familiari*. In Fruggeri L., 2005, *Diverse normalità. Psicologia sociale della famiglia*. Carocci, Roma.
- Montecchi F. (a cura di), 1994, *Gli abusi all'infanzia. Dalla ricerca all'intervento clinico*. Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Montecchi F., Marinucci S., 1998, *Indicatori di rischio psicopatologico. Contributo della psichiatria infanto-adolescenziale alla individuazione dei fattori di rischio* in Piccione R., Grissini A., (a cura di), *Prevenzione e salute mentale. Fondamenti, pratiche, prospettive*, Carocci, Milano.
- Moro A.C., 1988, *Disturbo mentale del genitore e valutazione giuridica delle sue capacità educative*, in Malagoli Togliatti M. (a cura di), *Disagio Mentale e validità genitoriale*, Bulzoni editore, Roma.
- Moro A.C., 1989, *Minori in difficoltà, famiglia ed interventi di tutela*, in *Il Bambino Incompiuto*, 2/89.
- Moro A.C., 2008, *Manuale di diritto minorile*. Quarta edizione a cura di Fadiga L., Zanichelli, Bologna.
- Moscovici S., Farr R. 1984, trad.it.1989, *Rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Motta M., 2013, *Le relazioni tra diversi operatori e servizi: alcuni snodi rilevanti*. pp. 185-219 in Albano R., Dellavalle M., *Organizzare il servizio sociale. Nodi interpretativi e strumenti di analisi per gli assistenti sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Mowbray, C., Oyseman, D. Bybee, D. 2000. "Mothers with Serious Mental Illness New direction." *Mental health services* 88(1): 73-91.
- Murray CJL, Lopez AD, 1996, *The Global Burden of Disease*. Geneva, World Health Organization, Harvard School of Public Health, World Bank.
- Nardi L., 2005 *Genitorialità in Dizionario di Servizio Sociale*, (a cura di M. Dal Pra Ponticelli) Carocci Faber Editore, Roma.

- National council on Disability/NCD, 2000, *From Privileges to Rights: People Labeled with Psychiatric Disabilities Speak for Themselves*. <http://www.ncd.gov/publications/2000/Jan202000>
- Neve E., 2002, in Diomede Canevini M., Vecchiato T. (a cura di), 2002, *L'integrazione delle professionalità nei servizi alle persone*, Fondazione Zancan, Padova.
- Nicholson J., Biebl K., Hinden B., Henry A., Stier L., Stanton J., Simpson A. e Woulders T., "A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse & Neglect*"; Taylor E., "Developmental neuropsychiatry", 1991; Gopfert M., Webster J. e Seeman M.V., "Parental psychiatric disorder. Distressed parents and their families. Cit. in. Procaccia R. 2005., *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2, pp. 73-99
- Nicholson J., Biebl K., Hinden B., Henry A., Stier L., 2001, *Critical issues for parents with mental illness. Center for Mental Health Services*", cit. in. Procaccia R., 2005, *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia in Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2, pp. 73-99
- Nicklett EJ, Perron BE. 2010. "Laws and policies to support the wellbeing of children: an international comparative analysis." *Int J Soc Welfare*, 19 3-7
- Olagnero, M., Saraceno, C., 1993. *Che vita è. L'uso dei materiali biografici nell'analisi sociologica*. NIS, Roma.
- Olagnero, M., 2004. *Vite nel tempo. La ricerca biografica in sociologia*. Carocci. Roma.
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A., 2007. An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9–22.
- Orsenigo A., 1995. "Modelli di rapporto tra servizi e famiglie, in *Politiche per le famiglie*." Quaderni di animazione e formazione. Torino. Edizioni Gruppo Abele.
- Osmond, J., O'Connor I., 2004. "Formalizing the unformalized: practitioners' communication of knowledge in practice." *British Journal of Social work* 34(5): 677-692.
- Pagotto S., 2008 in Fava Vizziello G. (a cura di), *Paternità in cerca d'autore*. Elvier Masson, Milano.
- Pajares, Frank. 2007. *Elements of a Proposal*. Available from the author. <http://www.des.emory.edu/mfp/proposal.html>
- Parton N., O'Byrne P., 2000. *Constructive social work*, Basingstoke, Palgrave.
- Pati L. (a cura di), 2005, *Educare alla genitorialità tra differenze di genere e generazioni*, La scuola, Brescia. In Fava Viziello G. et. al. (2011), *Possiamo davvero aiutare a fare i genitori?* In Bastianoni P., Taurino A., Zullo F., *Genitorialità complesse. Interventi a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Pavese A. Rosina B., 2012, *Il sistema di welfare piemontese ed il ruolo del servizio sociale professionale. Una breve riflessione, alcune riflessioni*. In De Robertis G., Nappi A., (a cura di), 2012, *Welfare come diritto. Scenari e sfide del servizio sociale professionale*. Edizioni La meridiana.
- Pellegrino F., 2006, *Oltre lo stress. Burn out o logorio professionale?*, Torino, Centro Scientifico Editore.
- Perotto N., *C'è posto per i ranocchi?*, in *Animazione Sociale*, Gruppo Abele, nr. 6/7 2008
- Pieron G., Dal Pra Ponticelli M. 2005, *Introduzione al Servizio sociale*, Roma, Carocci Faber.
- Piccione R. 1995, *Manuale di psichiatria*. Bulzoni Editore, Roma.
- Pirella A. 2000. *La malattia mentale*, pp. 151-163, in Attenasio L. (a cura di), *Fuori norma. La diversità come valore e sapere*, Armando Editore, Roma.
- Pirella A., 2002, *La psichiatria ridefinita: dalle contraddizioni storiche alla crisi del presente*, pp 41-55, in Pastore V., Bondi G., Formichini M. (a cura di), *Questioni attuali in psichiatria*. Edizioni del Cerro, Tirrenia.
- Pisati, Maurizio. 2003. *L'analisi dei dati. Tecniche quantitative per le scienze sociali*. Il Mulino. Bologna.
- Pitch T., 1998. *Un diritto per due. La costruzione giuridica di genere, sesso e sessualità*. Il saggiaiore, Milano.
- Platt, D. 2006. "Investigation or Initial Assessment of Child Concerns? The Impact of the Refocusing Initiative on Social Work Practice". *British Journal of Social Work*. 36(2):267-81.
- Pocar V., Ronfani P., 1998, *La famiglia e il diritto*, Laterza, Roma-Bari.
- Pölkki, P., Ervast, S. and Huupponen, M. (2005), *Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent*, *Social Work in Health Care*, 39: 1, 151 — 163.
- Pompei M.G., 1998, *Il sapere psicoanalitico nella cura delle relazioni familiari. Applicazioni in area dell'età evolutiva*, pp. 47-67, in Cellentani O., 1998, (a cura di), *Lavorare con la famiglia. Manuale ad uso degli operatori dei servizi sociali*. Franco Angeli, Milano.
- Prandstraller G.P., *Professioni*. In *Enciclopedia del Novecento III supplemento*. [http://www.treccani.it/enciclopedia/professioni_\(Enciclopedia-Novecento\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/professioni_(Enciclopedia-Novecento))

- Pregno C., Rosina B., 2012, Tra sfiducia ed insicurezza: strategie e strumenti del servizio sociale. *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione* n.4/2012, pp. 49-66
- Procaccia R., 2005, Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia, *Riv. Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2, pp. 73-99
- Procaccia R., 2005, Psicopatologia e genitorialità pp.145-167 in Di Blasio P., Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali. Unicopli, Milano.
- Puckering C., 1989, Annotation: Maternal depression, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", n.30, pp.807-817 in Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. Cure genitoriali e rischio di abuso. Edizioni Erickson, Trento.
- Quaglia R., Longobardi C., 2007, Psicologia dello sviluppo. Teorie, modelli e concezioni, Erickson, Trento.
- Quaglino G.P., Casagrande S., Castellano A., 1992. Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Un modello di lettura della dinamica di gruppo. Una proposta di intervento nelle organizzazioni. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Quaglino G.P., Cortellese C., 2003, *Gioco di squadra. Come un gruppo di lavoro può diventare una squadra eccellente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Rebach H., Bruhn J. 1991, Clinical sociology - Defining the field, in *Handbook of clinical sociology*, Plenum, New York, pp.10-15.
- Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. Cure genitoriali e rischio di abuso. Edizioni Erickson, Trento.
- Reder P., Duncan L., 2003, Understanding communication in child protection networks, *Child Abuse Review* Volume 12, Issue 2, pages 82-100.
- Rei D., Motta M., 2011, *Ricomporre il welfare. Ragionamenti e materiali sulla integrazione sanitaria*. Libreriauniversitaria, Editore il segnalibro.
- Repper J., Perkins R. 2003, *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*, Bailliere Tindall, London.
- Resta E., 1998, *L'infanzia ferita*, Laterza, Roma-Bari.
- Ricolfi L., 1997, *La ricerca qualitativa*. NIS Roma.
- Ricolfi L., 2012, Le professioni sociali e sanitarie emergenti: vincoli, opportunità e strumenti per l'integrazione professionale. *Rivista trimestrale di Scienza dell'Amministrazione* n.4/2012, pp. 83-101.
- Richmond M., in Dellavalle M., 2011, *Madri e matrici del servizio sociale: Mary Ellen Richmond*, *La Rivista di Servizio Sociale*, n. 1, pp. 51 - 70
- Riemann, G. 2005. "Ethnographies of practice - Practising ethnography – Resources for self-reflective social work." *Journal of Social Work Practice* 19(1): 87-101.
- Ronfani P. 2008. *Diritti dei bambini e degli adulti*. In Favretto A. R., Berardini C., (2008), *I colori del neutro. I luoghi neutri nei servizi sociali: riflessioni e pratiche a confronto*. Franco Angeli, Milano.
- Rosina B., 2012, *Il servizio sociale tra sussidiarietà, partecipazione, democrazia*, paragrafo 1, in Pavese A. Rosina B., *Il sistema di welfare piemontese ed il ruolo del servizio sociale professionale. Una breve ricognizione, alcune riflessioni*. In De Robertis G., Nappi A., (a cura di), 2012, *Welfare come diritto. Scenari e sfide del servizio sociale professionale*. Edizioni La meridiana.
- Rossati A., Magro G. 1999, *Stress e burnout*. Carocci Editore, Roma.
- Ruch G., 2002, *From triangle to spiral. Reflective Practice in Social Work. Education, Practice and Research*. In Fargion S., 2009, *Il servizio sociale. Storia temi e dibattiti*. Laterza, Roma-Bari.
- Rutter M., Quinton D., 1984, Parental psychiatric disorder: Effects on children, "Psychological Medicine", n.14, pp. 853-880.
- Ryburn, M. 1997. "Dilemmas in Working in Partnership with the Parents and Relatives of Children Involved in Child Protection Planning." *Early Child Development and Care* 129 (1): 79-93.
- Saleebey D. (a cura di), 2006 *The strengths perspective in Social Work Practice*, New York, Longman, cit. in Jones K, Cooper H., Ferguson B., (2009), *Lavoro per bene. Buone pratiche nel servizio sociale*. Erickson, Trento.
- Salvini A. (1996), *Progettare in rete*, in Toscano M.A. (a cura di), *Introduzione al servizio sociale*. Laterza, Roma-Bari.
- Sandrin, 2004, *Aiutare senza bruciarsi*, Paoline Editoriale Libri, Milano.
- Sanicola L., 1997, *La salute mentale e il servizio sociale*, Liguori editore, Napoli.
- Saraceno C., 2003, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., Naldini M. 2007, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Sarchielli G. 1997, Ci sono ancora spazi per il lavoro interprofessionale nei servizi socio-sanitari?, in *Giornale Italiano di Psicologia*, 2/1997: 259-270
- Save The Children, 2011, *Spettatori e vittime: i minori e la violenza assistita in ambito domestico*, Rapporto.
<http://risorse.savethechildren.it/files/comunicazione/report%20Italia%20e%20consultazione.zip>

- Scabini E., 1992, Introduzione, pp. 7-10, in AA.VV. (1992), *Famiglie in difficoltà tra rischio e risorse. Studi interdisciplinari sulla famiglia*, Vita e pensiero, Milano.
- Scaparro F. 2003, *Sicurezza nelle relazioni e ragioni del mediare*, *Mediaries*, n.1, pp. 22-47.
- Scourfield, J., Pithouse A. 2006, *Lay and Professional Knowledge in Social Work: Reflections from Ethnographic Research on Child Protection*. *European Journal of Social Work* 9(3): 323-337.
- Schon D.A., 1983, trad it 1993. *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Edizioni Dedalo, Bari.
- Shaw, I. 2005. *Practitioner Research: Evidence or Critique?*, *The British Journal of Social Work* 35(8): 1231-1248.
- Shaw, I., Briar-Lawson, K., Orme, J. and Ruckdeschel, R. 2010. *Sage Handbook of Social Work Research*. London: Sage.
- Sheehan, Rosemary. 2005. "Partnership in Mental Health and Child Welfare." *Social Work in Health Care* 39: 3: 309-324
- Sibilla M., 2000, *Famiglia, Servizi, Utenti. Una trilogia multidimensionale*. Armando Editore, Roma.
- Sicora A., 2010, *Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto. Fare meno errori per fare meno danni?* Maggioli editore, Bologna.
- Simonelli A., 2004, *Metodi osservativi per la valutazione dell'attaccamento nell'infanzia*, p. 105-121, in Fava Vizziello G., Simonelli A., *Adozione e cambiamento*, 2004, Bollati e Boringhieri, Torino.
- Slade M., 2011, *Personal recovery. Teoria e pratica della guarigione personale*, Il pensiero scientifico editore, Roma.
- Smart C., 2003, *Children and the Transformation of Family Low* in Dewar J., Parker S. (a cura di), *Family Low Process, Practices and Pressures*, Hart Publishing, Oxford, pp. 223-239. C. in Ronfani P. 2008. *Diritti dei bambini e degli adulti*. In Favretto A. R., Berardini C., (2008), *I colori del neutro. I luoghi neutri nei servizi sociali: riflessioni e pratiche a confronto*. Franco Angeli, Milano.
- Smith G., 1975, in Reder P., Lucey C., 1997 trad. it. *Cure genitoriali e rischio di abuso*. Edizioni Erickson, Trento.
- Solomon J., George C., Cavanna D., 2007 *L'attaccamento disorganizzato. Gli effetti dei traumi e delle separazioni*, Il Mulino, Bologna, citato in Greco O., Maniglio R., 2010, *Genitorialità- profili psicologici, aspetti patologici e criteri di valutazione*, Franco Angeli, Milano
- Speranza L., Tousijn W., Vicarelli G., (2009), *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna.
- Spratt, T. 2001. "The influence of child protection orientation on child protection practice." *British Journal of Social Work* 31(6): 933-954.
- Spratt, T. 2003. "Child Protection Work and Family Support Practice in Five Family Centres." *Child Care in Practice* 9(1): 18 - 30.
- Spratt, T. and Callan, C. 2004. "Parents' Views on Social Work Interventions in Child Welfare Cases". *British Journal of Social Work*. 34(2): 199-224.
- Sroufe L. A., Fleeson J, 1988, *Attachment and the construction of the relationships*, cit. in Cassidy J., Shaker P. R., 2001, *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Fioriti Editore.
- Strauss A.L., Corbin J., (1990), *Basic for Qualitative Research: Groundet Theory procedure and Tecniques*, Newbury Park, Sage, cit. in Corbetta P., (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale- III. La rilevazione dei dati: tecniche qualitative*. Il Mulino, Bologna.
- Sullivan H.s., 1967, *Il colloquio psichiatrico*. Feltrinelli Editore, Milano.
- Taylor E., 1991, *Developmentale neuropsychiarty*, cit. in Procaccia R., 2005, *Disturbi psichiatrici nei genitori e violenza all'infanzia*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, Vol.7, n.2., pp. 73-99
- Tosi M., Battisti F.M., (1995), *Sociologia clinica e sistemi socio-sanitari. Dalle premesse epistemologiche allo studio di casi ed interventi*, Franco Angeli, Milano.
- Tousijn W., 2000, *Il sistema delle occupazioni sanitarie*. Il Mulino/Ricerca, Bologna.
- Tousijn W., *Professioni*. In *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, [http://www.treccani.it/enciclopedia/professioni_\(Enciclopedia-delle-Scienze-Sociali\)](http://www.treccani.it/enciclopedia/professioni_(Enciclopedia-delle-Scienze-Sociali))
- Trivellato P., Lorenz W., 2010, *Una professione in movimento*, in Facchini C. (a cura di), *Tra impegno e professioni. Gli assistenti sociali come soggetto del welfare*. Il Mulino, Bologna.
- Turnell, A., Edwards, S. 1997, *Aspiring to Partnership. The Signs of Safety Approach to Child Protection*, *Child Abuse Review*, 6(3), pp. 179-190.
- Villa F., 2000, *Dimensioni del Servizio sociale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Vincenti A., 1988, *La famiglia e il diritto*, in Melograni P. (a cura di), *La famiglia italiana dall'Ottocento ad oggi*, Laterza, Roma-Bari.

- Waldfoegel, J 1998. "Rethinking the Paradigm of Child Protection." *The Future of Children* 8(1): 104-119.
- Ventimiglia C., 1993, *Infanzia e violenza, storia, definizione e rappresentazione sociale*, in Campanini A.M. (a cura di), *Maltrattamento all'infanzia*, NIS, Roma.
- Volpini L., 2011, *Valutare le competenze genitoriali. Teorie e tecniche*, Carocci Faber, Roma.
- WHO, 1979, *Schizophrenia – an international follow-up study*. John Wiley & sons: Chichester.
- WHO 2001, Fact Sheet: The World Health Report 2001.
http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet4_en.pdf
- Willet, John B. 2006. *Structure of a Thesis Proposal*. Harvard University Graduate School of Education.
- Wilson, D., Horner, W., (2005), *Chronic Child Neglect: Needed Developments in Theory and Practice Families in Society: Volume 86, No. 4* 471-481.
- Winnicott D.W., (1962), *The theory of parent-infant relationship: further remarks*, *J. Psychoanal.*43, pp.238-239 cit. in Fava Viziello G. et. al. (2011), *Possiamo davvero aiutare a fare i genitori?* In Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (2011), *Genitorialità complesse. Interventi a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Edizioni Unicopli, Milano.
- Wittchen, H.U t al. , 2011, *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*, in *European Neuropsychopharmacology*, Volume 21, Issue 9, September 2011, pp. 655-679 in <http://www.journals.elsevier.com/european-neuropsychopharmacology/>
- Woodcock J., 2003, *The social work assessment of parenting: An exploration*. In *British Journal of Social Work*, 2003:33, 87-106.
- Zajicek-Farber, M.L. 2010. "Building Practice Evidence for Parent Mentoring Home Visiting in Early Childhood." *Research on Social Work Practice* 20 Number 1:46-64.
- Zini M.T., Miodini S., 1999, *Il gruppo. Uno strumento di intervento nel sociale*, Carocci Editore, Roma.
- Zingarelli, 2012, *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli editore, Bologna.

Riferimenti Normativi

Normativa nazionale ed internazionale.

- Codice Civile del Regno d'Italia, promulgato il 2 aprile 1865, noto come Codice Pisanelli dal nome del Ministro Guardasigilli.
- Codice penale in vigore in [Italia](#), promulgato il [19 ottobre 1930](#) con [Regio Decreto](#) n. 1398, [19 ottobre 1930](#) e pubblicato sulla [Gazzetta Ufficiale](#) del [26 novembre 1930](#), n. 251, supplemento ordinario.
- Regio Decreto del 24 dicembre 1934, n. 2316, Testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia
- Codice civile, emanato con Regio Decreto n. 262 il 16 marzo 1942
- Costituzione della Repubblica Italiana, approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947 e promulgata il 27 dicembre 1947
- Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite (ONU) a New York il 20 Novembre del 1989
- Legge 5 giugno 1967, n. 431, Modifiche al titolo VIII del libro I del Codice Civile dell'adozione ed inserimento del nuovo capo III con il titolo dell'adozione speciale
- Legge 22 luglio 1975, n. 382, Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione
- D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, Attuazione della delega di cui all' art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382 (G.U. 29 agosto 1977, n. 234, suppl. Ord.)
- Legge 180 del 13 maggio 1978, Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori
- Legge 22 maggio 1978, n. 194, Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale
- Legge 8 giugno 1990, n. 142, Ordinamento delle autonomie locali
- Legge 27 maggio 1991, n.176, Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, New York, 20 novembre 1989.
- Legge 15 febbraio 1996, n. 66, Norme contro la violenza sessuale
- Legge 28 agosto 1997, n. 285, Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza
- Legge 23 dicembre 1997 n. 451, "Istituzione della Commissione Parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza e dell'osservatorio nazionale per l'infanzia"
- Legge 8 marzo 2000 n. 53, Disposizioni per il sostegno alla maternità e paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città

- Legge 8 novembre 2000, n. 328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- Legge 28 marzo 2001 n.149, Modifiche alla Legge 4 maggio 1983 n.184 recante "Disciplina dell'affidamento e dell'adozione dei minori"
- Ministero della Salute, 29 aprile 2010, Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf
- DPR 21 gennaio 2011, Terzo Piano biennale nazionale di azioni e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo di soggetti in età evolutiva
- Consiglio dell'Unione Europea, 2011/C 202/01, Conclusioni del Consiglio sul patto europeo per la salute e il benessere mentale: risultati e azioni future. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea C202, n. 54 del 8 luglio 2011, <http://eur-lex.europa.eu/JOHtml.do?uri=OJ:C:2011:202:SOM:EN:HTML>
- Cassazione Sezione Prima Civile n. 120 del 9 gennaio 1998, Pres. Rocchi, Rel. Verucci. http://www.legge-e-giustizia.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2137&Itemid=146
- Tribunale Milano, ordinanza 27.11.2013 ord. Est. Buffone – Maria Rita MOTTOLA in http://www.personaedanno.it/index.php?catid=122%3Aaffidamento-dei-figli-naturali&id=44175%3Aamalattia-psichica-e-affidamento-del-minore-trib-milano-27112013-ord-est-buffone-maria-rita-mottola&tmpl=component&layout=default&option=com_content

Norme/atti regionali

- L.R. 55/1989 "Istituzione del Consiglio regionale sui problemi dei minori a sostegno di iniziative per la tutela dei minori"
- L.R. 30/2001 "Istituzione della Consulta regionale per le adozioni e gli affidamenti familiari e dell'Agenzia regionale per le adozioni internazionali"
- L.R. 1/2004 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"
- D.C.R. 3 aprile 2012 n. 167-14087 Piano socio-sanitario della Regione Piemonte triennio 2012-2015
- D.G.R. 13 luglio 2009 n. 10-11729 "Casa Famiglia ad accoglienza mista. Requisiti strutturali e gestionali, regime autorizzativi. Revoca D.G.R. n. 24-23032 del 22 febbraio 1993"
- D.G.R. 18 dicembre 2012, n. 25-5079 "Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della D.G.R. n. 41-12003 del 15 marzo 2004"
- DG.R. 18 dicembre 2012, n. 25-5079 "Approvazione della tipologia e dei requisiti strutturali residenziali e semiresidenziali per minori. Revoca della DGR n. 41-12003 del 15 marzo 2004"
- D.G.R. 2 agosto 2013, n. 86-6288 "Casa Famiglia ad accoglienza mista. Modifica alla D.G.R. n. 10-11729 del 13.7.2009 recante i requisiti strutturali e gestionali"

Indicazioni operative per i servizi

- D.G.R.n.42-29997 del 2.5.2000 "Approvazione delle linee-guida per la segnalazione e la presa in carico dei casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori da parte dei servizi socio-assistenziali e sanitari"
- D.G.R. 17 novembre 2003, n. 78-11034 "Regolamentazione del servizio famiglie professionali. Individuazione criteri per la sperimentazione"
- D.G.R. 17 novembre 2003, n. 79-11035 "Approvazione linee di indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti familiari e di adozioni difficili di minori, in attuazione della L. 149/2001 "Diritto di un minore ad una famiglia"
- DGR 90-4331 del 13 novembre 2006 "Linee di indirizzo in materia di adozioni per un percorso metodologico dalla fase preparatoria all'abbinamento al post-adozione"
- DGR del 7 gennaio 2008, n. 12-7984 "Linee Guida sulla collaborazione tra servizi dell'Amministrazione della Giustizia, Servizi dell'Ente locale ed Autorità giudiziarie minorili nell'applicazione del D.P.R. n. 448/88. Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni".
- D.G.R. del 19 gennaio 2010, n. 30-13077 "L. 184/83. Approvazione di indicazioni operative per i servizi sociali e sanitari in materia di segnalazione di minori in presunto stato di abbandono".
- DGR del 28 Novembre 2012, n. 28-4956 "L.4 maggio 1983 n.184 e L.R.1/2004 Indicazioni operative per i servizi sociali e sanitari sulla fase di passaggio del minore dalla famiglia affidataria alla famiglia adottiva."
- Rep.atti n. 123/CU del 25 ottobre 2012, Conferenza Unificata, Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province Autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali sul documento recante Linee di indirizzo per l'affidamento familiare.

Allegati

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Traccia delle interviste

TEMA	DOMANDA	RILANCI
<p>L'approccio al sostegno alle famiglie</p>	<p>- Pensando al termine supporto nell'ambito di progetti di sostegno a nuclei familiari che tipo di interventi le vengono in mente?</p>	<p>- Cosa pensa di questi tipi di supporto ai nuclei familiari?</p>
<p>L'approccio al sostegno alle famiglie nelle quali vi sono adulti con patologia psichiatrica genitori di figli minori, il ruolo degli operatori (assistenti sociali e psichiatri) dei servizi sociali territoriali e dei centri di salute mentale, le conoscenze teoriche.</p>	<p>- Pensando al termine supporto nell'ambito di progetti di sostegno a nuclei familiari nelle quali un genitore è affetto da patologia psichiatrica quali caratteristiche ha il supporto, che tipo di interventi le vengono in mente?</p>	<p>- In queste situazioni dove c'è un adulto con patologia psichiatrica cosa fa per aiutare i genitori a livello concreto?</p> <p>- Cosa pensa che sia utile per il supporto alle famiglie in situazioni in cui ci sono adulti con patologia psichiatrica genitori di figli minori di età?</p> <p>- Cosa invece secondo lei non è utile?</p> <p>- Cosa pensa di questo approccio?</p>
<p>La formazione</p>	<p>Dove ha imparato ad agire in questo modo in queste situazioni?</p>	<p>- Ci sono secondo lei dei riferimenti teorici che possono aiutarla?</p> <p>- Quali?</p> <p>- Dove li ha imparati?</p> <p>- Ha partecipato a corsi di formazione/convegni specifici su questo tema?</p> <p>- Se sì: Quanti? Organizzati da</p>

		<p>chi? Quali figure professionali erano presenti?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se no per quali motivi (mancato riconoscimento/autorizzazione da parte dell'organizzazione, mancanza di tempo, mancanza di offerte formative sul tema). - Ha mai avuto la sensazione di non essere sufficientemente qualificato nella valutazione e nel supporto di famiglie in questo tipo di situazioni? - Per quali aspetti? - Come ha affrontato questa sensazione?
<p>Il ruolo dell'assistente sociale/psichiatra in una situazione specifica</p>	<p>Ripensando adesso al progetto del quale mi ha fornito la scheda di raccolta di informazioni, potrebbe definire gli aspetti essenziali che secondo lei hanno connotato la sua professione e il suo ruolo?</p>	<p>sono stati valutati da lei?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con quali strumenti? - In questo progetto cosa ha distinto in modo particolare la sua professione ed il suo ruolo, quali specificità rileva rispetto al ruolo dell'assistente sociale/psichiatra (differenti mandati istituzionali e professionali, mansioni assegnate, potere all'interno dell'organizzazione, potere nell'ambito del progetto specifico)? - Secondo lei questo ruolo le è

<p>Minore allontanato dal nucleo familiare</p>	<p>Quali elementi della situazione hanno portato alla decisione di allontanare il minore dalla famiglia?</p>	<p>stato riconosciuto dall'assistente sociale/dallo psichiatra?</p> <p>Quale è stato il suo specifico apporto professionale nella decisione? C'era consenso sulla decisione tra assistente sociale e psichiatra? Per quali motivi? Chi ha effettuato la segnalazione all'Autorità Giudiziaria minorile? C'era consenso sulla decisione di segnalare la situazione all' A.G.? Che tipo di supporto è stato offerto alla famiglia, quali interventi sono stati effettuati prima di decidere di allontanare il minore? Con quali risultati? Quale esito presuppone che avrà il periodo di allontanamento del minore dalla famiglia (rientro a casa, affidamento familiare, altro)? Quali interventi sono stati effettuati dopo l'allontanamento del minore?</p>
<p>Minore non allontanato dal nucleo familiare</p>	<p>Quali elementi della situazione hanno portato alla decisione di sostenere il minore nell'ambito della sua famiglia?</p>	<p>Quale è stato il suo specifico apporto professionale nella decisione? C'era consenso sulla decisione tra assistente sociale e psichiatra? Per quali motivi? La situazione è stata segnalata all'Autorità Giudiziaria minorile?</p>

<p>le équipe integrate di operatori sul caso: aspetti di metodo</p>	<p>Secondo lei la collaborazione tra assistente sociale del servizio territoriale e psichiatra del servizio di salute mentale in questo tipo di situazioni è utile oppure no?</p>	<p>Perché? C'era consenso sulla decisione di segnalare/non segnalare? Quali interventi sono stati effettuati prima di decidere di non allontanare il minore? Con quali risultati? Quale esito presuppone che avrà il progetto di supporto familiare? Quali interventi sono stati effettuati per supportare il nucleo familiare ed il minore?</p>
		<p>Perché? -Quali sono le sue motivazioni alla base della collaborazione nell'ambito di équipe multiprofessionali per la gestione di situazioni di adulti affetti da patologia psichiatrica con figli minori di età? -Rispetto al lavoro in équipe multiprofessionali in questo tipo di situazioni le sembra che vi siano motivazioni, obiettivi comuni e condivisi con l'assistente sociale/psichiatra? - Nella situazione specifica di cui abbiamo parlato come valuta la collaborazione con l'assistente</p>

	<p>sociale/lo psichiatra (“di routine” vs collaborazione costruttiva, attiva, creativa; in modo efficace e proficuo vs con difficoltà –specificare-; collaborazione vs competizione)? Quali aspetti negativi vede (differenti mandati: tutela del minore vs tutela del paziente - genitore; interesse del minore vs interesse degli adulti; figlio protettivo; aprioristica valutazione di idoneità del genitore dipendente o affetto da disturbi psichiatrici; mandato giudiziario e mandato professionale)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quali aspetti positivi vede (presenza/assenza di concorso di punti di vista)? - In quali fasi avete lavorato insieme (analisi, valutazione, progettazione dell’intervento, modalità di segnalazione della situazione all’autorità giudiziaria, gestione allontanamento, progetto successivo all’allontanamento)? Con quali modalità (Riunioni, colloqui congiunti, ecc)? - Esisteva un coordinamento? Se si come era stato individuato il referente? Se no quali erano i motivi di questa scelta? - Le sembra che vi siano aspetti che hanno reso difficile il confronto, la
--	---

<p>presa di decisioni, la collaborazione? Quali?</p> <ul style="list-style-type: none">- Le sembra che vi siano aspetti che hanno semplificato il confronto, la presa di decisioni, la collaborazione? Quali? - Quando lavora in situazioni come quella che mi ha presentato cosa si aspetta dall'AS/psichiatra? Su quali ambiti si deve esprimere l'AS/Psichiatra? E' accaduto in questa situazione oppure aveva delle aspettative che non si sono realizzate? Quali?- Le sembra che l'assistente sociale/lo psichiatra avessero nei confronti del suo ruolo delle aspettative che non ha potuto soddisfare? Perché?- In quante situazioni oltre a questa ha lavorato con assistenti sociali/psichiatri nell'ambito di situazioni di minori figli di pazienti psichiatrici? Con quali esiti? - Ripensando alla sua esperienza professionale le è capitato di pensare che nella sua comunità professionale ci sono pregiudizi positivi o negativi o che vi siano valutazioni parziali in situazioni di genitori con patologia		
---	--	--

		<p>psichiatrica? Su quali aspetti? E tra gli psichiatri/assistenti sociali E' a conoscenza dell'esistenza di protocolli o accordi tra i vostri servizi per la gestione di queste situazioni? (se si chiederne copia).</p> <ul style="list-style-type: none"> - È cambiato qualcosa nelle sue modalità operative? Quali cambiamenti vede? - In generale nella gestione di questo tipo di situazioni le sembra che nella vostra modalità operativa vi siano aspetti innovativi? Quali? - Le sembra che vi siano aspetti che potrebbero essere migliorati? Quali? Come?
<p>aspetti positivi o innovativi</p>	<p>A seguito della collaborazione in questa specifica situazione è cambiato qualcosa rispetto al passato nelle relazioni professionali con l'assistente sociale/lo psichiatra? SI/NO e che cosa (negli atteggiamenti professionali, maggiori difficoltà nella presa in carico delle situazioni, quali in particolare; che rilevanza hanno avuto questi cambiamenti)</p>	
<p>Cambiamenti nelle politiche</p>	<p>Le sembra che vi siano stati mutamenti delle politiche, con particolare riferimento alla progressiva riduzione delle risorse per i servizi, che hanno avuto ripercussioni nella gestione di situazioni di questo tipo?</p>	<p>- Quali? Quali aspetti del lavoro hanno maggiormente influenzato? Perché?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vi sono delle competenze/funzioni professionali più di altre che sono state influenzate da questi mutamenti? Quali?

Barbara ROSINA

Tesi di Dottorato in Sociologia e Metodologia della ricerca Sociale.

Curriculum discipline del Servizio Sociale.

Università degli Studi di Milano - Bicocca