

TRASCURATEZZA E RECUPERO DELLA GENITORIALITÀ: UN MODELLO MULTIAGENCY

Valeria Giamundo*, Lorenza Isola**

*Psicologo, Psicoterapeuta, docente APC – SPC. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma; Responsabile del Servizio di Diagnosi e trattamento del Centro "G. Fregosi Tetto Azzurro" di Roma

**A.S.T.I.A. Asl RM-E, Didatta e docente APC, SPC, SITCC. Responsabile Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma

Riassunto

L'articolo intende illustrare brevemente le attività specialistiche di un centro di secondo livello che interviene a tutela dei minori in situazioni di abuso di ogni tipo, da quello fisico o sessuale, a quello psicologico fino alla trascuratezza. Il Centro offre assistenza al bambino e alle famiglie mediante l'intervento *multiagency*, ovvero coinvolgendo tutte le istituzioni che costituiscono una rete nel territorio capace di capire innanzitutto e di intervenire nel modo più efficace. Sarà affrontato nello specifico il problema relativo all'esercizio della genitorialità nelle situazioni di grave trascuratezza, e illustrato un intervento di recupero delle competenze genitoriali mediante l'esempio di un caso.

Parole chiave: Trascuratezza, intervento *multiagency*, relazione genitore-bambino, *genitorialità*

Abstract

The aim of this article is to briefly illustrate the specialized activities of a secondary care therapy center which operates for the protection of children in various situations of abuse and neglect, whether physical, sexual or psychological. The center offers assistance to the child and family through a multiagency intervention involving all local statutory services capable of understanding the problem and providing efficient and appropriate support. Specifically the article deals with the problem of parenting in situations of profound neglect and through the use of a case study illustrates a situation in which parental competencies were successfully recuperated.

Key Words: Neglect, multiagency working, infant-parent therapy, parenting care-giving

Introduzione

La psicologia dello sviluppo evidenzia l'importanza della qualità precoce dell'interscambio affettivo e di cura tra genitore e bambino: condizioni ambientali e relazionali favorevoli e la sinergia di elementi interni ed esterni favoriscono lo sviluppo della sua personalità.

Lo sviluppo infantile necessita di una presenza amorosa, competente e rispettosa; è essenziale pertanto che la società si impegni, nel maggiore interesse del minore, a garantire (a questo)

un ambiente che sia in grado di proteggerlo. I dati della letteratura evidenziano invece l'esistenza di molteplici condizioni che turbano gravemente il benessere del bambino e i processi di sviluppo legati ad esperienze di trauma e vittimizzazione. Tali esperienze sono tanto più dannose per il bambino quanto più l'insidia risiede nelle relazioni, come quelle familiari, naturalmente preposte a dare benessere. L'eliminazione delle condizioni di maltrattamento e abuso è oggi uno dei temi al centro dell'attenzione dei governi e dei cittadini nei paesi membri del Consiglio d'Europa (CoE) e ha portato all'elaborazione di un ampio numero di programmi d'azione volti alla prevenzione del rischio. La definizione formulata dall'OMS nel 1999 dichiarava: "Per maltrattamento all'infanzia (*child abuse or maltreatment*) si intendono tutte le forme di cattiva cura (*ill-treatment*) fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere". Una tale ampia definizione ha il vantaggio di superare sia i problemi relativi all'intenzionalità o meno dei comportamenti commissivi o omissivi, sia quelli riguardanti le cause o le conseguenze delle azioni; inoltre essa non esclude le forme di violenza che si possono verificare in contesti extrafamiliari (Bianchi e Moretti 2006). La letteratura sul fenomeno evidenzia tuttavia che la maggior parte degli abusi e dei maltrattamenti avvengono all'interno della famiglia. Tra le forme di maltrattamenti e abusi vanno menzionate: la trascuratezza, il maltrattamento fisico o psicologico, l'abuso sessuale ma anche le condizioni di abuso subite in forma indiretta come la violenza assistita. Non va trascurata inoltre l'emergenza delle nuove forme di abuso quali la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o l'emarginazione nelle situazioni di immigrazione clandestina. Le ricerche condotte nell'ambito dell'abuso e maltrattamento all'infanzia, allo scopo di esaminare le principali conseguenze a breve e a lungo termine sullo sviluppo e l'adattamento dell'individuo in relazione alla tipologia di maltrattamenti, hanno evidenziato una vasta gamma di esiti psicopatologici (Caffo e Camerini 2004). I numerosi studi tuttavia non sono riusciti a stabilire con certezza le specifiche conseguenze di ciascuna forma di maltrattamento, ciò probabilmente è dovuto al fatto che raramente le varie tipologie si presentano isolatamente.

Un'attenzione particolare nel presente lavoro è rivolta alla trascuratezza e al complesso delle situazioni di "cattiva cura" nei confronti dei bambini, ai danni ad esse correlate e agli interventi volti al loro recupero .

Grave trascuratezza, abbandono e allontanamento del minore

Per *trascuratezza* si intende la grave o persistente omissione di cure nei confronti del bambino o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'accudimento, che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche.

I bambini trascurati dunque sono bambini privati di adeguate condizioni di crescita e di sviluppo, sono bambini non adeguatamente protetti e rispettati, sono bambini che vivono in ambienti che non sono in grado di offrire loro il mantenimento, l'educazione ed il corretto sviluppo fisico, psichico e sociale. Numerosi studi effettuati sino ad oggi mettono in relazione comportamenti di trascuratezza con variabili intrinseche alla struttura individuale del genitore associate a difficoltà legate ad uno scarso reddito (Schumacher 2001). Il comportamento di trascuratezza sembrerebbe quindi derivare da una combinazione di fattori individuali e sociali come la bassa stima di sé, l'impulsività, lo scarso supporto sociale, scarse interazioni tra le madri e i propri bambini, caratteristiche temperamentali dei bambini che presentano problemi di

comportamento. La letteratura evidenzia che deprivazioni, inadeguatezze genitoriali e familiari precocemente sperimentate da parte del bambino, possono creare danni evolutivi di varia entità e interferire significativamente nello sviluppo della personalità dello stesso. Gli studi longitudinali hanno messo in luce che vivere in famiglie disfunzionali con caratteristiche di grave trascuratezza può portare a conseguenze che si sommano nelle successive fasi di vita, ostacolando il normale percorso di crescita sia dal punto di vista cognitivo sia emotivo. Nello specifico si è visto : 1) nella prima infanzia: la compromissione dei legami di attaccamento, i comportamenti internalizzanti (ritiro e isolamento sociale); scarsa capacità di regolare le emozioni, impulsività e problemi di linguaggio espressivo. Ritardi del linguaggio nelle relazioni sociali, fallimenti negli studi e una serie di fallimenti può caratterizzare il futuro di questi bambini e aprire loro la strada della devianza sociale e del disturbo mentale; 2) nella seconda infanzia si aggiungono i problemi scolastici (in misura maggiore rispetto alle altre forme di abuso), in particolare deficit cognitivi e mancanza di creatività e flessibilità nel processo di *problem-solving*; ritiro sociale; 3) in adolescenza: aumento delle difficoltà scolastiche e dei deficit cognitivi; sviluppo di una rappresentazione negativa di sé e degli altri. Scarsità di interazioni sociali; 4) in età adulta: isolamento e ritiro sociale, incapacità ad entrare in relazione con gli altri, severi deficit cognitivi. (Bianchi e Moretti 2006).

È ampiamente condiviso, dagli enti e dalle istituzioni impegnate nelle politiche di tutela dei minori, che il fenomeno della trascuratezza andrebbe contrastato in un'ottica professionale rinnovata e mediante nuove risposte da parte dei servizi destinati alle famiglie, nella prospettiva di prevenzione primaria tesa alla individuazione precoce dei fattori di rischio o di vulnerabilità all'interno della famiglia.

Nonostante le politiche sociali tendano a focalizzare gli interventi nell'ambito della prevenzione secondaria e terziaria, con la legge 285 del 1997 sono state realizzate di fatto numerose attività e finanziati un ampio numero di progetti volti a sostenere le relazioni del minore con la famiglia d'origine. Tra gli interventi di prevenzione primaria si inseriscono le attività di promozione e di formazione, nonché gli interventi di sostegno alla relazione primaria genitore-bambino nelle situazioni di rischio.

A titolo esemplificativo nel 2000, grazie alla collaborazione tra Associazione di Psicoterapia Cognitiva (APC) di Roma, e il TSMREE della ASL RME di Roma, abbiamo realizzato un progetto d'intervento di "Prevenzione del maltrattamento nella prima infanzia", espletato nell'ambito del Piano Territoriale Cittadino per l'attuazione della legge 285/97. Tale progetto finanziato dalla XX Circoscrizione del Comune di Roma, è stato realizzato in gran parte all'interno del Reparto Maternità e Neonatologia dell'Ospedale di Fatebenefratelli-Villa S. Pietro. Allo scopo di garantire una reale prevenzione primaria sono stati focalizzati i seguenti obiettivi: 1) la diffusione di una cultura dell'infanzia, tanto del personale ospedaliero che degli utenti, in grado di facilitare e promuovere un'adeguata relazione genitore-bambino; 2) lavori di discussione e supervisione in riunioni d'equipe con componenti di diversa formazione professionale; 3) rilevazione delle situazioni di rischio mediante colloqui semistrutturati alle donne in gravidanza; 4) visite domiciliari (*home visiting*) nelle situazioni valutate a rischio di maltrattamento, volte a favorire la costruzione del legame tra genitore-bambino; 5) promozione della rete di supporto e aiuto alle famiglie volto a stabilire legami di supporto con le agenzie e le istituzioni del territorio (Arcidiacono e Giamundo 2000). Altri progetti interessanti, nell'ambito della prevenzione primaria, sono quelli mirati a sostenere la genitorialità nelle situazioni di rischio legate alla nascita prematura (Giamundo 2000) o alla depressione postpartum (Ammaniti et al. 2007; Isola e Capobianco 2007). Sono stati elaborati alcuni progetti rivolti alle giovani mamme e/o alla coppia, prima e dopo il parto, finalizzati a sostenere l'accudimento genitoriale. È infatti riconosciuto da più parti che la relazione madre-bambino si costruisce nel corso della gravidan-

za. Risulta infatti positiva la correlazione fra la classificazione dello stato della mente rispetto all'attaccamento della madre in gravidanza (mediante l'Adult Attachment Interview) e i pattern di attaccamento del bambino misurato all'età di un anno (mediante la Strange Situation). C'è dunque una continuità tra rappresentazione prenatale e rappresentazione post-partum. Le aspettative e le fantasie costruite nel corso della gravidanza sono predittive della qualità della relazione (Isola e Mancini 2007). Solchany e colleghi (2002) propongono un programma di assistenza alla comunicazione genitore-bambino (Parental Child Communication Coaching) da applicare durante la gravidanza con lo scopo di migliorare l'esito della relazione, orientando il processo di attaccamento, facilitando l'assunzione del ruolo materno, sostenendo lo sviluppo della funzione genitoriale. Il PCCC inizia durante la gravidanza con visite domiciliari a popolazioni a rischio (adolescenti, tossicodipendenti etc..) e prosegue fino a tutto il secondo anno di vita del bambino. Il programma è diviso in tre fasi e vengono perseguiti i principali compiti evolutivi della gravidanza: accettare il feto, ottenere sostegno familiare per il bambino, esplorare il ruolo. L'efficacia di tali interventi è correlata all'attivazione di un ampio numero di azioni volte non individualmente al minore ma anche alla famiglia e alla comunità che ne sostiene la crescita. È fondamentale, pertanto, lavorare in direzione della famiglia considerando il bambino nel contesto della famiglia e la famiglia nel contesto allargato della comunità. In una tale prospettiva, che valorizza le relazioni tra bambino e rete di supporto sociale, sulla scorta della teoria "ecologica" dello sviluppo, proposta da Urie Bronfenbrenner (Zeanah 1979), diviene essenziale modificare l'impostazione dei servizi. È importante partire dalle potenzialità della famiglia e dalle risorse che questa dimostra di possedere, anche nelle situazioni più difficili, e valorizzare le risorse del nucleo familiare, coinvolgendo i suoi membri nella ricerca delle modalità di superamento delle difficoltà. Allontanare il bambino dal proprio contesto familiare diviene così pertinente solo in circostanze estreme. Sostenere i genitori a svolgere le funzioni genitoriali, in modo efficace e competente nel crescere i propri figli e rispondere alle loro esigenze, è invece la prima soluzione che lo specialista deve tenere in considerazione.

La nostra esperienza, maturata in abito clinico e di ricerca presso il Centro Provinciale Giorgio Fregosi-Tetto Azzurro di Roma e il TSMREE della ASL RME, ha dimostrato d'altro canto che, in taluni casi, l'allontanamento rappresenta la risposta più adeguata alla promozione del benessere del minore.

La politica d'intervento si fonda su un principio essenziale: il diritto primario di ogni bambino a vivere, crescere ed essere educato all'interno della propria famiglia. Tale diritto è costituzionalmente garantito e rafforzato dalla legge del 28 marzo 2001, n. 149 "Modifiche alla legge 4 maggio 1983 n. 184", recante *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*. L'affidamento e l'adozione rappresentano delle importanti forme di tutela del minore dalle condotte pregiudizievoli del genitore. Quando il minore è moralmente o materialmente in stato di abbandono o allevato in locali malsani, insalubri o pericolosi, o da persone incapaci di provvedere all'educazione del minore per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi ancora, intervengono gli organi istituzionali disponendo in ordine alla potestà genitoriale, limitando per esempio o facendo decadere la potestà genitoriale laddove appunto la condotta di uno o di entrambe risulti pregiudizievole per il minore. Nella maggior parte dei casi viene privilegiata la "soluzione" dell'affidamento temporaneo. Il termine massimo dell'affidamento di due anni, indicato dalla legge n. 149/2001, è non tassativo, in quanto il Tribunale dei Minorenni può prorogarlo, qualora la sospensione rechi pregiudizio al minore. Il periodo presumibile della durata dell'affidamento, che deve essere rapportabile al complesso di interventi volti al recupero della famiglia d'origine, è molto variabile. Nella realtà non è possibile stabilire nell'immediato la sua durata precisa. Diversamente dall'adozione, nei casi di affidamento la misura dell'allontanamento del minore non presuppone di per sé la definitiva rottura del rapporto genitore-bambino e

andrebbe inoltre accompagnata a programmi di recupero della genitorialità mirati a favorire il rientro del bambino nella famiglia d'origine. Nonostante il notevole impegno a favore del minore, va tuttavia segnalata la grave carenza di politiche efficaci di reintegro in famiglia. Nei casi in cui vengono meno le condizioni per il rientro nella casa d'origine o non esistono margini di recuperabilità delle funzioni genitoriali gli organi istituzionali possono disporre lo stato di adottabilità del minore. Solitamente prima di sopraggiungere ad un tale provvedimento (la dichiarazione di adottabilità presuppone valutazioni complesse) il giudice predispose una serie di azioni volte a accertare lo stato di abbandono e limitando ancora la prima azione all'allontanamento del minore dalla famiglia, come misura cautelativa. Il minore, allontanato dalla famiglia, sarà temporaneamente affidato ai Servizi Sociali del territorio e collocato presso una casa famiglia o una famiglia affidataria che i Servizi stessi individueranno. Parallelamente al provvedimento di allontanamento del minore il giudice dispone che le figure genitoriali e i minori stessi siano sottoposti a valutazione psicodiagnostica. Molto spesso, da decreto, le autorità giudiziarie incaricano i servizi territoriali o i centri specialistici di secondo livello, appositamente preposti alla presa in carico delle situazioni di abuso e maltrattamento, di effettuare le cosiddette "valutazioni sulle competenze genitoriali".

Il passo successivo prevede la formulazione da parte dei servizi affidatari di programmi d'intervento sul minore finalizzati al suo benessere. È essenziale che alla programmazione di tali interventi contribuiscano le diverse istituzioni sociali, sanitarie, comunitarie e giudiziarie. In tale ottica si colloca la collaborazione tra i servizi del territorio, il centro Tetto Azzurro e le autorità giudiziarie.

Il modello multiagency del Centro Provinciale G. Fregosi "Tetto Azzurro": esperienze di buona prassi.

Nella nostra esperienza presso il Centro Provinciale G. Fregosi "Tetto Azzurro" di Roma e presso la Asl RME ci si imbatte costantemente in situazioni di grave trascuratezza, che richiedono interventi multispecialistici e multifocali, attuati attraverso la collaborazione tra diverse istituzioni sociali sanitarie e comunitarie. La rete di promozione familiare e di prevenzione del disagio in un intervento *multiagency*, prevede dunque la collaborazione fattiva su obiettivi condivisi da tutte le istituzioni coinvolte sul "caso", poiché l'obiettivo è il riassorbimento del disagio da parte della società civile. Il *Tetto Azzurro* nasce nel 1999 come Centro polifunzionale per la prevenzione e presa in carico delle situazioni di maltrattamento e abuso, che la Provincia di Roma ha affidato in gestione a Telefono Azzurro, per la sua esperienza sulle problematiche del disagio minorile. Il centro offre, sul territorio della Provincia di Roma, un servizio di secondo livello per gli operatori sociali dei servizi e delle istituzioni, promuovendo interventi di rete fra gli stessi, trattando e monitorando il fenomeno del maltrattamento. Le attività specialistiche, che si collocano prevalentemente nell'ambito della prevenzione secondaria e terziaria, possono rappresentare un modello efficace di esperienze di buone prassi nell'approccio *multiagency*. Il centro, attraverso la propria struttura organizzativa multiprofessionale, offre una molteplicità di servizi, con l'obiettivo di realizzare un modello di intervento omogeneo e condiviso con le diverse agenzie territoriali coinvolte. Gli interlocutori sono: le famiglie, gli educatori, i Servizi Sociali, l'Autorità Giudiziaria. Nello specifico, il Tetto Azzurro offre i seguenti servizi: 1) fornisce ascolto, consulenza e orientamento a utenti privati, minori o adulti, operatori scolastici e dei servizi territoriali, attraverso un *Servizio di Consulenza Psico-Sociale*, che svolge la funzione di decodifica della domanda, formulazione del progetto psicosociale sul caso, attivatore di rete,

interna al centro ed esterna con i servizi del territorio; 2) offre un *Servizio di Diagnosi e Trattamento* rivolto a minori esposti a situazioni di abuso e maltrattamento e alle loro famiglie, segnalati dai Servizi Territoriali e /o dagli Organi dell'Autorità Giudiziaria Minorile attraverso interventi di valutazione psicodiagnostica e clinico-trattamentale; 3) dispone di un *Servizio Spazio Neutro* che si caratterizza come contesto di intervento clinico rivolto a vittime di abuso e maltrattamento e alle figure di riferimento, come luogo protetto per l'ascolto a fini giudiziari (raccolta di sommarie informazioni testimoniali, audizioni protette in base alla L. 66/96, *validation* di situazioni di presunto abuso sessuale) e come luogo neutro al fine di favorire una continuità del rapporto genitoriale; 4) offre un *Servizio di Pronta Accoglienza Residenziale* in funzione 24 ore su 24, rivolto a minori da 0 a 12 anni, con situazioni di maltrattamento e abuso, nonché di inadeguatezza genitoriale ed educativa, per i quali l'Autorità giudiziaria e/o i servizi sociali dei comuni del territorio provinciale di Roma dispongono l'allontanamento e chiedono la presa in carico in emergenza; 5) dispone di un Servizio di *Consulenza Legale* per gli operatori interni del centro e gli operatori del territorio. Questo fornisce informazioni puntuali sulle procedure relative alle tematiche minorili, offrendo sostegno nei diversi percorsi giudiziari con gli Organi della Magistratura.

La molteplicità dei servizi presenti e la costante interazione tra gli stessi, consente una risposta più incisiva e multifocale alle situazioni di disagio, evidenziando l'efficacia dell'approccio multiprofessionale e interistituzionale nell'ambito degli interventi a tutela del minore. Nel corso delle proprie attività, la modalità di collaborazione costante e continuativa con i servizi affidatari o competenti sul caso, ha permesso di sperimentare delle *buone prassi* nelle situazioni di *recupero della genitorialità*. Gli interventi volti al recupero delle funzioni genitoriali partono dalla condivisione e sperimentazione attiva di procedure valutative e trattamentali comuni e condivise, senza trascurare il ruolo svolto delle famiglie affidatarie. L'attivazione di agenzie del territorio che provvedono al reperimento e alla formazione delle famiglie affidatarie, consente così di garantire, anche a queste, il sostegno nel percorso di affido. Gli incontri periodici con gli esponenti di tali agenzie, assieme ai servizi territoriali, al fine di coordinare, valutare l'efficacia del progetto messo in atto e, in taluni casi, operare modifiche che tengano conto del "qui ed ora", diviene essenziale perché gli obiettivi siano raggiunti con successo e permette di attivare risorse e modalità funzionali nei momenti di crisi. Una buona prassi nell'ambito delle attività del centro, sperimentata nei casi di presa in carico di famiglie extracomunitarie, risiede anche nella collaborazione con altre importanti figure professionali, quali il consulente culturale e il mediatore linguistico, la cui attivazione è resa possibile grazie alla collaborazione con Telefono Azzurro e con alcuni Municipi di Roma.

Recupero della genitorialità : dalla valutazione al trattamento

Un aspetto importante, nelle politiche di tutela all'infanzia, è rappresentato dalla programmazione degli interventi di recupero della genitorialità e, prima ancora, dalle valutazioni delle competenze genitoriali, che fondano processi decisionali molto delicati e spesso decisivi per l'equilibrio psicologico e affettivo del minore. Molte delle richieste che pervengono al centro Tetto Azzurro e alle ASL del Territorio da parte delle autorità giudiziarie riguarda *la valutazione delle competenze genitoriali*. Lo psicologo o l'assistente sociale vengono spesso chiamati a fornire valutazioni psico-sociali e pareri in merito a decisioni inerenti la "genitorialità" o le capacità genitoriali, sulla base delle quali, solitamente, gli organi istituzionali decidono dell'allontanamento, dell'affidamento o dell'adozione del minore. Questo dunque è un ruolo molto delicato e carica l'operatore di pesanti responsabilità. È essenziale pertanto che questo adotti

una metodologia di indagine clinica e psico-sociale il più possibile rigorosa e corretta, basata su criteri sufficientemente affidabili e tali da rendere il più possibile attendibile e condivisibile il proprio parere.

Molti studiosi a fronte di tale necessità hanno cercato di operare una definizione di “capacità genitoriale”, per individuare parametri e criteri di valutazione attendibili. Secondo Bornstein (1995) la “capacità genitoriale” corrisponde ad un costrutto complesso, non riducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma che comprende anche un’adeguata competenza relazionale e sociale. L’idoneità genitoriale viene definita dai bisogni stessi e dalle necessità dei figli in base ai quali il genitore attiverà le proprie qualità personali, tali da garantirne lo sviluppo psichico, affettivo, sociale e fisico. L’autore descrive il *parenting* come una competenza articolata su quattro livelli: 1) il *nurturant care-giving* che comprende l’accoglimento e la comprensione delle esigenze primarie (fisiche e alimentari), 2) il *material care-giving* invece riguarda le modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del bambino, 3) il *social care-giving* include tutti i comportamenti che i genitori attuano per coinvolgere emotivamente i bambini in scambi interpersonali, 4) il *didactic care-giving* si riferisce alle strategie che i genitori utilizzano per stimolare il figlio a comprendere il proprio ambiente. Visentini (2006), da un’attenta analisi della letteratura scientifica, individua otto importanti funzioni genitoriali: 1) la *funzione protettiva*, 2) la *funzione affettiva*, 3) la *funzione regolativa*, 4) la *funzione normativa*, 5) la *funzione predittiva*, 6) la *funzione significativa*, 7) la *funzione rappresentativa e comunicativa*, 8) la *funzione triadica*. Particolarmente interessante è anche il *modello process-oriented*, originariamente elaborato da Cummings et al. (2000) e più di recente adattato da Di Blasio (2005), allo scopo di individuare e valutare le situazioni di rischio per il bambino nell’ambito della genitorialità. Il modello valorizza innanzitutto i *fattori individuali* (biologici, genetici, psicologici), i *fattori familiari e sociali* (coppia, bambino, fratria, amici, lavoro, famiglia estesa), i *fattori della società e dell’ambiente* (ambiente fisico e salute, servizi e risorse della comunità, condizioni economiche e familiari, supporti del governo) e le reciproche interazioni tra questi, come livelli che influenzano il funzionamento genitoriale. Ciò evidenzia la complessità delle indagini sulle capacità genitoriali; questa dovrà consistere non solo nella *descrizione della personalità degli adulti e del minore*, ma anche e soprattutto, nello *studio delle interazioni* che si sviluppano tra le risorse ed i bisogni delle persone, nonché lo studio delle risorse che possono essere attivate nell’ambiente di vita. Reder e Lucy (1999) propongono uno schema generale di valutazione che prende in considerazione le seguenti aree: 1) *l’adattamento al ruolo di genitore*: il genitore provvede adeguatamente alle cure fisiche essenziali? Provvede a fornire le cure emotive appropriate all’età del figlio? Favorisce lo sviluppo della dinamica di attaccamento? Qual è l’atteggiamento del genitore verso i compiti che gli competono? Il genitore accetta la responsabilità connessa al suo comportamento? Vi è la aspettativa che i figli si sentano responsabili della propria protezione? Nel caso vi siano problemi, i genitori li riconoscono?; 2) *La relazione con i figli*: quali sono i sentimenti verso i figli? I genitori provano empatia verso i figli? I figli sono considerati come persone separate e distinte? I bisogni primari dei figli vengono tenuti in maggior conto rispetto ai desideri dei genitori?; 3) *Le influenze della famiglia*: quale livello di consapevolezza e quali atteggiamenti hanno i genitori rispetto alle esperienze di accudimento della propria infanzia? Il genitore è capace di mantenere una relazione di sostegno reciproco con il partner? Il bambino viene coinvolto eccessivamente nelle discordie familiari? Quale è il livello di sensibilità della famiglia rispetto allo stress relazionale? Qual è il significato del bambino per i genitori? Qual è il contributo del bambino alla relazione di cura e di accudimento? Qual è l’atteggiamento del bambino verso le figure che si prendono cura di lui? 4) *L’interazione con il mondo esterno*: sono disponibili delle reti sociali di sostegno? Che forma ha assunto la relazione tra i genitori e gli operatori socio-sanitari?; 5) *Le potenzialità di cambiamento*: quali probabilità

vi sono che un aiuto terapeutico possa essere utile? Quali reazioni vi sono state ai tentativi di aiuto precedenti?

I criteri presenti in letteratura per la valutazione più specificamente clinica delle capacità genitoriali prendono in considerazione parametri individuali e relazionali. La valutazione, secondo Camerini (2006) andrebbe articolata sulle diverse specifiche funzioni che si vanno ad analizzare, tra cui quelle di base del “prendersi cura” (nella più ampia accezione compresa nel termine anglosassone “*care*”) e della “protezione”. Per svolgere questi compiti in maniera soddisfacente, occorre che il genitore sia provvisto di alcune fondamentali caratteristiche: *capacità cognitive; affidabilità e capacità organizzativa; supporto sociale; calore ed empatia* (Camerini 2006; Camerini De Leo in corso di pub.). Naturalmente nell’effettuare la valutazione non si deve trascurare l’importanza di considerare le diverse fasi di sviluppo che attraversa il minore e i bisogni che caratterizzano le diverse tappe evolutive. È evidente che un determinato atteggiamento genitoriale può essere più o meno appropriato ad una specifica età di sviluppo del bambino.

Nella pratica clinica del centro Tetto Azzurro, la valutazione delle capacità genitoriali consiste in un’analisi del profilo psicoaffettivo e di personalità del genitore e un’attenta analisi della qualità del rapporto genitore-bambino. Le procedure di indagine in questo ambito comprendono: i colloqui clinici, le interviste sulle rappresentazioni, la somministrazione di reattivi e protocolli psicodiagnostici (test di personalità -MMPI-, Rorschach, Scale SCID, questionari sull’attaccamento (come l’*Adult Attachment Interview*), la somministrazione di alcuni strumenti specificamente mirati alla valutazione delle competenze genitoriali e del rischio legato a comportamenti e dinamiche genitoriali e familiari. Tra questi sono stati introdotti, più di recente: il Parent-Child Relationship Inventory (Gerard 1994) che valuta l’atteggiamento nei confronti della genitorialità; il Parenting Stress Index (Abidin 1990) maggiormente focalizzato sulla valutazione degli Stressors; la Perceptions of Adult Attachment Scale (Lichtenstein e Cassidy 1991), che valuta le percezioni dell’individuo riguardo la qualità della relazione d’attaccamento con la madre durante la prima infanzia. Il clinico deve però considerare due importanti aspetti relativi agli strumenti di indagine, che riguardano essenzialmente: i vizi di desiderabilità sociale e quelli di implicita attribuzione di colpa ai genitori. La procedura d’indagine include solitamente anche: l’ascolto dei figli e la valutazione dei loro *pattern* di attaccamento; la valutazione dell’interazione genitore-bambino; infine l’ascolto di altre persone a contatto con i bambini che possono fornire informazioni e ragguagli quali: il pediatra, gli insegnanti, gli educatori.

I fondamenti teorici su cui si articola la nostra metodologia diagnostica e trattamentale sono: la psicopatologia dello sviluppo, la teoria dell’attaccamento, la teoria della mente e la teoria dei cicli disfunzionali. Il ricorso ad una metodologia diagnostica fondata su tali presupposti teorici, permette di individuare specifici pattern relazionali o aree disfunzionali all’interno delle relazioni primarie, e di orientare quindi, specificamente su queste, i successivi trattamenti e progetti di recupero. In una prospettiva cognitivo-comportamentale, nel delineare il profilo del genitore è importante esaminare i meccanismi che sono alla base dei circoli relazionali disfunzionali, indagare sulle credenze dei genitori relativamente ai figli e a se stessi e alla relazione reciproca, valutare gli effetti di tali credenze sulla loro percezione del rapporto e sullo stile educativo, nonché considerare l’eventuale funzione di mantenimento (del disagio relazionale) che può derivare dalle credenze stesse. Una particolare attenzione viene posta alle competenze metacognitive, nei termini di capacità autoriflessive e di decentramento. La capacità riflessiva è infatti una componente fondamentale per una prognosi relativa alla recuperabilità.

Possiamo dire, concludendo, che la valutazione complessiva è il risultato di una lettura della realtà in cui si intrecciano bisogni individuali e dinamiche familiari, con un focus privilegiato sul grado di sofferenza e di compromissione dello sviluppo del minore. Solo dopo aver

valutato le risorse familiari, il rapporto con i figli, la disponibilità genitoriale al cambiamento, i fattori prognostici di cambiamento, le reazioni e le risposte genitoriali di fronte allo stress, è possibile programmare le eventuali azioni di recupero.

Nel *Servizio di Diagnosi e Trattamento* del Tetto Azzurro sono stati realizzati *interventi di recupero della genitorialità*, differenziati per fasce d'età; privilegiando interventi congiunti genitore-bambino entro i 4 anni d'età del minore e interventi rivolti parallelamente a bambini e a genitori a partire dai 5 anni d'età, alternati a sedute congiunte. Allo stato attuale l'efficacia di tali interventi, di durata breve e ad orientamento cognitivo-comportamentale, è supportata da un discreto numero di riscontri clinici, ma seguiranno presto studi di efficacia. Più nello specifico, nelle situazioni di recupero che coinvolgono bambini di età inferiore ai 4 anni, si sta applicando il modello di trattamento della "terapia interattiva breve genitore-bambino, ad orientamento cognitivo-comportamentale" (Giamundo et al. 2007). Tale procedura si articola nelle seguenti fasi: 1) da 2 a 3 colloqui di assessment, con somministrazione dell'intervista semi-strutturata sulle rappresentazioni genitoriali; 2) da 2 a 3 sedute di gioco genitore-bambino videoregistrate a distanza di 15 giorni l'una dall'altra e seguite ciascuna da un breve spazio di ascolto per accogliere le reazioni genitoriali; 3) la valutazione dell'interazione mediante la "griglia di valutazione dell'interazione genitore-bambino" (Fabrizi 1999); 4) la somministrazione dell'AAI; 5) lettura dell'autocaratterizzazione 6) colloqui mediante la tecnica dell'ABC; 7) visione congiunta delle videoregistrazioni ed elaborazione dei contenuti e delle modalità. 8) colloqui 9) videoregistrazione di chiusura e 10) restituzione.

Nella terapia rivolta a bambini di età superiore ai 4 anni la procedura prevede l'attuazione delle medesime fasi, con una differenziazione delle strategie e delle tecniche che vanno adattate al livello di sviluppo del bambino: l'uso delle fotografie nelle sedute congiunte, ad esempio, sostituisce l'utilizzo dei giochi per l'età inferiore; la ricostruzione congiunta genitore-bambino della storia di vita, a partire dai 6-7 anni, sostituisce l'accento posto sul "qui ed ora" nell'interscambio tra genitore e bambino entro i 4 anni.

Particolare attenzione, in entrambe le modalità d'intervento, è posta sugli aspetti comportamentali e rappresentazionali che sottendono l'organizzazione del comportamento relazionale. Gli obiettivi fondamentali del trattamento breve ad orientamento cognitivo-relazionale, rivolto alla coppia-genitore/bambino sono: 1) favorire lo sviluppo di una genitorialità sensibile e responsiva ai bisogni del bambino; 2) favorire nei genitori lo sviluppo di un ruolo attivo nell'accudimento dei propri figli; 3) promuovere una maggiore consapevolezza educativa e nuovi comportamenti o pratiche educative 4) interrompere la trasmissione dei cicli disfunzionali.

Di seguito verrà illustrata il trattamento breve genitore-bambino applicato in un caso di recupero della genitorialità, presso il centro Tetto Azzurro. Particolare attenzione verrà posta al processo terapeutico, senza tuttavia trascurare l'importanza delle azioni attuate al di fuori dello specifico setting psicoterapico.

Caso clinico

L'intervento si articola in tre fasi: una prima fase, conoscitiva del problema; una seconda fase, di co-progettazione multidisciplinare; una terza fase, di attuazione delle azioni di recupero.

La fase conoscitiva: analisi della domanda e ricostruzione del caso

Il caso viene sottoposto all'attenzione del centro, per una consulenza specialistica, richiesta dall'assistente sociale, in merito ad un nucleo familiare, seguito dal servizio sociale del territorio. Il nucleo è costituito da: padre, madre e un bambino, D., di 4 anni. Nel corso di tale consulenza, si raccolgono elementi sulla storia familiare, sulle agenzie coinvolte nella presa in carico e sugli interventi già attuati, o in corso di attuazione sul bambino, per ipotizzare un nuovo piano d'intervento a tutela dello stesso. La coppia genitoriale (non sposata) presenta attualmente una situazione di forte conflittualità ed è seguita da qualche anno dal servizio sociale che fornisce loro anche un sostegno economico, poiché entrambi vivono una situazione di forte indigenza per mancanza di lavoro. Le prime azioni del servizio sociale hanno previsto interventi di mediazione e sostegno alla coppia genitoriale, che hanno portato al raggiungimento di un accordo di separazione, ma non hanno attenuato la conflittualità di coppia; tanto che, il giorno precedente la richiesta di consulenza, il padre del minore si è recato al servizio facendo richiesta di allontanare il bambino, per tutelarlo dalle numerose problematiche di coppia. I genitori non sono riusciti a trovare, nonostante il lavoro di sostegno da parte del servizio, una soluzione adeguata per il bambino, che invece è stato sottoposto a vari spostamenti e a situazioni di elevata promiscuità. Il servizio del territorio non ha individuato all'interno della famiglia allargata del bambino, risorse adeguate per un affidamento.

La fase di co-progettazione multidisciplinare e l'attuazione delle prime procedure valutative

Lo scambio e il confronto tra operatori del centro (psicologi e assistenti sociali) e operatori del servizio sociale affidatario del minore, a partire da una valutazione complessiva del rischio, ha portato ad individuare quale prima strategia d'intervento: l'allontanamento del bambino dal contesto familiare e l'attuazione delle procedure di valutazione delle competenze genitoriali. Viene concordata inoltre la necessità di effettuare la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e di chiedere almeno temporaneamente, alla luce degli elementi raccolti sul caso, l'affidamento del bambino al servizio sociale. Si programma il collocamento del minore D. presso la Pronta Accoglienza Residenziale (PAR) del centro *Tetto Azzurro*, e si dichiara la disponibilità del Servizio di Diagnosi e Trattamento dello stesso centro, ad effettuare le valutazioni sulle competenze genitoriali e sulle condizioni psicoaffettive del minore.

Contestualmente all'inserimento del bambino in Pronta Accoglienza Residenziale, sono state anche concordate, con gli assistenti sociali affidatari, le modalità di visita tra il bambino e i genitori, e si sono ipotizzate le linee generali del progetto di intervento individuale del minore. In particolare sono stati individuati tre obiettivi principali: accoglienza del minore e trattamento del trauma dovuto all'allontanamento dal nucleo familiare; osservazione affettiva e comportamentale del bambino; osservazione della relazione genitori/bambino, da effettuarsi nel corso delle visite. Si è condivisa inoltre con i servizi del territorio la necessità di un proseguimento del sostegno da parte degli stessi, ad entrambe le figure genitoriale, per favorire il raggiungimento di un'autonomia, relativa anche ad una continuità abitativa e lavorativa.

I risultati delle valutazioni

La valutazione psicodiagnostica del bambino D.

La valutazione psicodiagnostica sul minore è stata effettuata mediante: sedute di gioco libero e semistrutturate, MCAST, disegno, Stanford-Binet, sedute d'interazione genitori-bambino. I risultati evidenziano la presenza di un ritardo nell'acquisizione di alcune competenze: la locomozione appare ancora incerta e meccanica, con frequente perdita dell'equilibrio nella posizione eretta; appare inoltre scarsamente sviluppata l'abilità nella manipolazione fine; il livello linguistico risulta insufficiente, si evidenzia infatti una significativa povertà lessicale e la presenza di numerose dislalie; la capacità ludica appare poco articolata e organizzata su basi prettamente concrete; risulta assente la connotazione simbolico-rappresentativa. Tale quadro non sembra essere attribuibile ad un ritardo di tipo cognitivo, di cui non è emersa l'esistenza, ma appare verosimilmente essere l'esito di una ipostimolazione del bambino da parte del contesto di accudimento. La valutazione delle interazioni genitore-bambino hanno di fatto evidenziato una grave povertà comunicativa e interattiva; il bambino ha inoltre manifestato una scarsa attitudine a rivolgersi alle figure d'attaccamento nelle situazioni di bisogno.

La valutazione psicodiagnostica della sig.ra M. mamma del minore

La valutazione, effettuata attraverso colloqui clinici, test di livello, test di personalità e intervista sulle rappresentazioni, ha evidenziato un funzionamento cognitivo ai limiti inferiori della norma (verosimilmente borderline cognitivo) ed un profilo di personalità caratterizzato da una consistente immaturità e fragilità dell'assetto identitario. Nel corso dei colloqui, infatti, si è apprezzata, un'estrema povertà di organizzazione del pensiero i cui contenuti sono attestati esclusivamente su un livello di concretezza, con complessive marcate difficoltà a comprendere e riflettere sulle proprie esperienze. La capacità autoriflessiva è risultata gravemente deficitaria; la signora non riesce ad accedere in maniera autentica alla propria storia familiare così come alle vicissitudini che hanno portato all'inserimento del figlio in una struttura residenziale. Un tale assetto di personalità, immaturo e deficitario, sembra aver fortemente inciso anche nell'assunzione del ruolo genitoriale, che appare perlopiù affermarsi ad un livello di accudimento concreto e gravemente deficitario, per quanto concerne la capacità di riconoscere i bisogni psicologici ed affettivi del bambino. Nel corso della valutazione, la signora non ha saputo in alcun modo fornire un quadro evolutivo articolato di suo figlio D., limitandosi a definirlo come un bambino "normale", mostrando confusione e difficoltà a collocare nel tempo e ricordare le più significative tappe di sviluppo e, conseguentemente, non è apparsa in grado di cogliere necessità e bisogni evolutivi, dimostrandosi quindi incapace di rappresentare per il figlio una figura genitoriale sufficientemente supportiva e protettiva, nonché significativamente investita dal bambino.

La valutazione psicodiagnostica del sig. E., padre del minore

Il papà, ha partecipato agli incontri mostrando piena collaborazione. Va tuttavia sottolineato come tale disponibilità abbia anche assunto la forma di un'attitudine notevolmente compiacente, laddove il signore è apparso estremamente oblativo e deferente nei confronti dell'esaminatore. Nel corso dei colloqui, l'utente è parso continuamente volto ad accreditarsi nei termini di "una brava persona", caratterizzata da un passato sereno, un adeguato funzionamento sociale e sentimentale e, soprattutto, ottime funzioni e capacità genitoriali. La valutazione psicodiagnostica effettuata sul padre del minore ha evidenziato una personalità scarsamente integrata. La ricostruzione della storia di vita è apparsa superficiale e poco coerente; è stata riportata una descrizione banalizzante ed idealizzante della sua vita familiare (laddove tutto viene descritto, in modo estremamente laconico, come positivo e adeguato), come pure del suo sviluppo più adulto, ri-

spetto al quale l'unica vicissitudine negativa – il fallimento del primo matrimonio - viene attribuito unicamente alle problematiche della moglie. Accanto a ciò, la profonda carenza di funzione riflessiva riscontrata (che sembra rendere deficitarie nella figura paterna, operazioni metacognitive volte alla riflessione critica su di sé e sugli eventi), è considerata, in termini di genitorialità, un elemento ulteriormente problematico, in quanto ostacolo importante per la realizzazione di concreti atteggiamenti di protezione e cura verso il proprio figlio.

Le osservazioni del minore D., all'interno della Pronta Accoglienza Residenziale (PAR)

A conferma delle considerazioni sopra riportate in merito alle inadeguatezze genitoriali, sono state integrate alcune osservazioni svolte dagli educatori durante le visite al bambino. Le osservazioni effettuate durante le visite dei genitori al bambino, nel corso dei primi mesi di permanenza di questo presso la PAR, hanno evidenziato una scarsa capacità da parte dei genitori di riconoscere le problematiche del bambino, sia di carattere affettivo che di carattere maturativo, nonché una incapacità a fornire stimoli appropriati ai bisogni evolutivi del bambino. Durante tali incontri il bambino non ha mostrato una propensione verso i genitori, ai quali si è rivolto esclusivamente per chiedere oggetti materiali; il bambino non ha ricercato spontaneamente alcun contatto fisico con la madre, né con il padre, è apparso piuttosto sfuggente agli atteggiamenti affettuosi che i due genitori gli hanno rivolto. Nell'interazione con i genitori si è osservato, in generale, una estrema povertà comunicativo-relazionale e una significativa ipostimolazione genitoriale.

Considerazioni conclusive ed ipotesi progettuali

In merito a quanto emerso dai dati complessivi della valutazione effettuata si è formulato un progetto di intervento, a sostegno del minore e del nucleo familiare di origine, così articolato:

- mantenimento dell'affidamento al servizio sociale orientato a realizzare, stante l'inadeguatezza genitoriale riscontrata sia nel padre che nella madre, un percorso riabilitativo e di monitoraggio nei confronti di entrambe le figure genitoriali;
- prevedere nel più breve tempo possibile la realizzazione di un affidamento eterofamiliare, nell'interesse principale di corrispondere ai bisogni evolutivi del bambino;
- realizzare un intervento riabilitativo per il minore volto al recupero delle funzioni deficitarie.

Evoluzione e ri-programmazione dell'intervento

Dopo pochi mesi dall'inserimento del minore nella PAR, la sig.ra M. ha iniziato a disattendere le visite presso il centro, provocando nel bambino reazioni di sconforto, delusione e disorientamento. Più assiduo e partecipe si è mostrato invece il padre che ha costantemente incontrato il bambino ed ha anche, spontaneamente, espresso la richiesta di un sostegno psicoterapico. L'intervento si è rivolto pertanto al bambino, che ha avviato un percorso di trattamento neuro-riabilitativo e psicoterapico (nella forma integrata), e al padre che ha iniziato una psicoterapia di sostegno, volta a migliorare la qualità del rapporto con il figlio.

A distanza di circa un anno viene disposto ed attuato l'affidamento eterofamiliare; viene mantenuto il regime di visita del padre al bambino, a cadenza settimanale; vengono cessati definitivamente i contatti tra bambino e madre, che perde la patria potestà sul figlio.

Nel corso di quest'anno il sig. E. ha raggiunto una sufficiente autonomia economica e lavorativa, ha anche instaurato una relazione affettiva con una nuova compagna, la sig.ra L., che frequenta da circa otto mesi e che intende sposare. Il monitoraggio effettuato da parte dei servizi del territorio (che includono anche le visite domiciliari) confermano un generale miglioramento relativamente alle condizioni ambientali e socio-economiche. Anche le osservazioni mirate ad analizzare la qualità dello scambio tra padre e figlio hanno consentito di registrare alcuni cam-

biamenti che hanno portato alla formulazione di nuove ipotesi di intervento a tutela del minore. Il sig. E. e la sig.ra L., hanno espresso la volontà di volere ottenere l'affidamento del minore. Si è ritenuto pertanto opportuno procedere ad una valutazione psicodiagnostica, particolarmente centrata sulle capacità di accudimento della sig.ra L., per meglio valutare l'ipotesi di un ricollocamento del minore nella casa paterna ed eventualmente ri-programmare il progetto generale sul nucleo familiare.

La valutazione psicodiagnostica della sig.ra L.

La sig.ra L., di 44 anni, si era già presentata ai servizi per esprimere la propria volontà di prendere in affidamento il minore e per sostenere la richiesta di affidamento del padre. Durante i colloqui L. si è mostrata collaborativa, congrua e disponibile, riuscendo a stabilire sin da subito una buona relazione con l'operatore. L. ha già vissuto l'esperienza dell'affidamento, quando da piccola sua mamma ha accolto in famiglia 3 bambini, vittime di abuso intrafamiliare. I test non hanno evidenziato la presenza di una sintomatologia psichiatrica, nè segni evidenti di disagio psicologico. L. si mostra adeguata nelle funzioni genitoriali; ha rappresentazioni circa il compagno e il minore sufficientemente realistiche, in merito ai limiti dell'uno e ai bisogni affettivi e psichici dell'altro. La sig.ra L. presenta caratteristiche di personalità e psicologiche adeguate a sostenere e rinforzare il marito nell'adempimento delle proprie funzioni genitoriali. La relazione di coppia appare solida e affettivamente significativa; all'interno di questa, inoltre il sig. E. sembra anche riuscire a attivare le proprie potenzialità metacognitive.

La fase di attuazione delle azioni di recupero

A seguito della valutazione effettuata sulle competenze genitoriali della sig.ra L., che evidenziava un assetto di personalità normale e adeguate risorse nell'area della genitorialità, si è deciso di modificare il progetto d'intervento, al fine di favorire il reinserimento del minore nella casa paterna. L'intervento si è svolto mediante la "procedura breve di trattamento ad orientamento cognitivo-comportamentale" (Giamundo et al. 2007) ed ha previsto il coinvolgimento della nuova figura d'accudimento. Sedute di interazione diadica e triadica si sono alternate a sedute individuali, o con la coppia genitoriale. L'utilizzo delle video-registrazioni congiunte, si è rivelato particolarmente utile a favorire e sollecitare, soprattutto nella figura paterna, le capacità autoriflessive e di decentramento. L'intervento è stato volto innanzitutto a favorire l'acquisizione di un ruolo genitoriale più consapevole e adeguato, nonché a promuovere le abilità di coping in entrambi gli adulti, per meglio fronteggiare le situazioni di crisi che hanno caratterizzato, in particolar modo, la fase iniziale del reinserimento.

L'andamento dei primi incontri si è caratterizzato per una particolare attenzione all'inserimento del minore in famiglia, dalle difficoltà connesse alla separazione dalla famiglia affidataria all'adattamento al nuovo assetto familiare. In particolar modo è stata la sig.ra L. ad utilizzare lo spazio terapeutico, sia di coppia che individuale, per riflettere sugli episodi di crisi (legati prevalentemente ai sentimenti di esclusione dalla diade padre/bambino) e per elaborare le proprie emozioni emerse durante l'interazione con il minore. La stessa si è rivelata attenta ai bisogni del minore, in grado di accogliere le esigenze del marito e di supportare la relazione tra questo e il figlio. La stessa ha anche accolto la proposta di utilizzare un "diario", sul quale annotava gli episodi che la ponevano in situazione di crisi, il significato attribuito ad alcuni segni di disagio del minore e alcune riflessioni, condivise con il marito, in merito alla relazione con il bambino. Il sig. E. d'altra parte, ha preferito la modalità unica del dialogo diretto, per via delle difficoltà riferite nelle capacità di scrittura; anch'egli ha tuttavia ampiamente sfruttato gli spazi di tratta-

mento per discutere degli episodi di crisi e delle difficoltà che hanno caratterizzato il rapporto triadico.

Dopo circa sei mesi dal ricollocamento del minore nella casa paterna si è registrato un generale miglioramento: nelle abilità di gestione della crisi, nella distribuzione dei ruoli, nella capacità di riconoscere i bisogni del minore e di supportarlo nei compiti evolutivi.

Il padre appare migliorato nella capacità che attiene prevalentemente gli aspetti pratici della cura e della gestione quotidiana. Un lieve miglioramento si registra anche nelle abilità di supportare il livello di sviluppo del minore, mentre persistono alcune carenze nelle aree che riguardano il supporto allo sviluppo psicologico e cognitivo dello stesso. Le migliori capacità autoriflessive e competenze educative della sig.ra L. sembrano svolgere tuttavia una discreta funzione compensativa e di sostegno nell'accudimento e nella crescita del bambino. Si registra una discreta riorganizzazione dell'assetto familiare; il minore inizia ad accettare la nuova "figura materna" e a riconoscere i diversi ruoli all'interno del nuovo nucleo familiare. In generale i tre membri hanno iniziato a stabilire un'alleanza familiare più adattiva e funzionale. Attualmente l'intervento è limitato ad un monitoraggio che avviene sia da parte dei servizi territoriali che nell'ambito del nostro servizio ove permane uno spazio d'ascolto a cadenza quindicinale.

Conclusioni

Questo esempio illustra i principi base delle valutazioni e degli interventi di recupero, attuati nelle situazioni di trascuratezza presso un centro specialistico di secondo livello, che interviene a favore del bambino e della sua famiglia. Il trattamento, con focus sulla relazione, avviene sia a livello triadico che a livello diadico, e interviene sul versante interattivo e su quello intersoggettivo. Il modello diadico e triadico contribuisce in modo diverso al funzionamento familiare, e consente, in questo caso particolarmente alla figura paterna, di riscoprire un ruolo significativo nella vita del proprio bambino. È importante che il terapeuta lavori allo scopo di stimolare nei genitori nuovi modi di pensare, di comportarsi e di sentire e di affrontare le situazioni. Nel progetto d'intervento, volto al recupero della genitorialità, non vanno trascurate le numerose risorse esterne ed interne alla famiglia; il progetto deve prevedere una strategia più generale, finalizzata a migliorare le condizioni sociali e culturali nell'ambito della comunità. Nell'approccio *multiagency*, la stretta collaborazione con i servizi del territorio favorisce l'espansione del trattamento al di là del setting terapeutico, intervenendo su variabili ambientali e sociali che costituiscono i fattori di rischio e di mantenimento del disagio e, in quanto tali, rappresentano il maggiore ostacolo al trattamento.

Bibliografia

- Ammaniti M, Speranza AM, Tambelli R, Odorisio F, Vismara L (2007). Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia. *Riv Infanzia e adolescenza* 6, 2.
- Arcidiaco S, Giamundo V, Biancucci G, Convertino G (2000). Primary Prevention of Child maltreatment: description of a project" *XVII International Meeting Bambino: Progetto salute*. Ancona 18 maggio 2000.
- Bianchi D, Moretti E (2006). *Vite in bilico Quaderni del Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*.
- Bornstein MH (1995). *Handbook of Parenting*, 4 vol., Lawrence Erlbaum Associates. Mahwah

- Caffo E (1984). *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino: prospettive di prevenzione dell'abuso all'infanzia*. Milano. Unicopli.
- Caffo E (1999). Le strategie di prevenzione all'abuso all'infanzia. *Rivista italiana di pediatria* 25 (4), 687-690.
- Caffo E, Camerini GB (2004). *Modelli interpretativi clinici*. In: Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi. Sec. ed. Milano. McGraw-Hill.
- Caffo E, Camerini GB, Florit G (2004). *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*. Sec. ed. Milano. McGraw-Hill.
- Camerini GB (2006). Aspetti legislativi e psichiatrico-forensi nei procedimenti riguardanti i minori In: V Volterra (a cura di), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica. Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano.
- Camerini GB, De Leo G, Sergio G, Volpini L (2008). Criteri di valutazione delle capacità genitoriali: Proposta di uno strumento di valutazione. In corso di pub. su *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*.
- Cummings EM, Davies PT, Campbell SB (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process*, Guilford Press, New York.
- Di Blasio P (2005). *Tra Rischio e Protezione: La Valutazione delle Competenze Parentali*. Edizioni Unicopli, Milano, 2005.
- Giamundo V, Liguoro S, Giovannone F (2000). Il bambino prematuro: rischio di maltrattamento e sostegno alla coppia genitore-bambino. *XVII International Meeting Bambino: Progetto salute*. Ancona 18 maggio 2000
- Guttentag CL, Pedrosa-Josic C, Laundry SH, Smoth KE, Swank PR (2006). Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an Intervention With disadvantaged Mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol 27(4), pp. 349-369,
- Isola L, Capobianco V (2007). Un contributo del cognitivismo clinico al trattamento della depressione post-partum. In *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Ed. Franco Angeli.
- Isola L e Mancini F (2003). *Psicoterapia cognitiva dell'infanzia e dell'adolescenza*. Ed. Franco Angeli. 2007.
- Solchany, J., Sligar, K. & Barnard, K.E. (2002). Attachment promoting interventions in pregnancy. The parent-child communication coaching program. In JMM Duran (Ed.). *Infant and early childhood mental health, models of clinical intervention*. Washington D.C: American Psychiatric Press.
- Tommaseo (2006). L'ambito di applicazione della legge sull'affido condiviso. In *Minori Giustizia* n. 3 / 2006, 104 ss.
- Vicentini G (2003). *Definizione e funzioni della genitorialità*. In www.genitorialità.it

Corrispondenza
Dott.ssa Valeria Giamundo, Via Nizza, 132 – 00198 Roma.
Email: vgiamundo@yahoo.it