

Il seguente testo, disponibile per la sola consultazione personale e di cui è vietata qualunque forma di diffusione e riproduzione, è pubblicato in forma integrale nel volume:

Il lavoro della cura nelle istituzioni. Progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico. A cura di Marta Vigorelli (2005), Franco Angeli Editore, Milano.

Abstract

La descrizione del contesto legislativo-culturale che ha portato alla nascita di un servizio pubblico (UTM) specificatamente dedicato alla tutela ed alla cura dei minori maltrattati e/o abusati. Vengono indicate le procedure, la metodologia e gli strumenti psicologico-giuridici e psicoterapeutici utilizzati dagli operatori che, con diverse professionalità, attivano la rete di protezione e di cura.

PROGETTI DI TUTELA PER MINORI IN ETÀ EVOLUTIVA: INTEGRAZIONE TRA RUOLI E PERCORSI ISTITUZIONALI

Norma Ghisotti

Premessa

Con il presente lavoro si intende descrivere le principali funzioni che caratterizzano il ruolo dello psicologo in un Servizio di tutela e cura dell'infanzia. Trattandosi di un Servizio la cui utenza presenta età molto variabili (dalla primissima infanzia fino ai 18 anni, con possibilità di prosieguo fino ai 21) con problematiche ovviamente assai diverse fra loro, si è reso necessario circoscrivere l'ambito di approfondimento e si è scelto quello che riguarda i progetti di intervento per le famiglie con minori in età evolutiva.

.....

La cornice legislativa ed istituzionale e la nascita delle Unità Tutela Minori

Nel corso dell'ultimo secolo si è assistito ad un crescente interesse e riconoscimento dei diritti dell'infanzia che ha portato ad un rovesciamento della prospettiva adultocentrica su cui erano basati, fino ad allora, i sistemi normativi.

Il primo ambito a registrare tale cambiamento è stato quello internazionale, con la promulgazione di alcuni importanti documenti: ricordiamo la Convenzione ONU sui diritti del fanciullo (1989) che, ratificata in tutto il mondo, costituisce una *magna charta* dei diritti dell'infanzia e guida i Piani di Azione Nazionali, e la Convenzione europea sull'esercizio dei diritti del fanciullo (Strasburgo, 1996) che riconosce il bambino quale parte processuale autonoma, capace di assumere una posizione centrale all'interno di un procedimento giurisdizionale.

A livello nazionale, con riferimento alla disciplina del diritto di famiglia ed alla riforma del Codice Civile del 1975 (nonché ad alcune rilevanti leggi speciali), si è osservato l'affermarsi di una particolare linea di tendenza nella direzione di una "privatizzazione" della famiglia: si è assistito cioè al passaggio da una concezione della famiglia come istituzione, propria della normativa precedente, ad una in cui la famiglia diviene formazione sociale, nucleo che nasce dalla libera scelta di coloro che la costituiscono, fondata su vincoli di affetto e di solidarietà. Tale tendenza si evidenzia, in modo particolare, nel riconoscimento giuridico e sociale della "famiglia di fatto" per la quale il legislatore ha già provveduto a stabilire delle norme in materia di filiazione naturale, potestà genitoriale, fisco, sanità e previdenza.

In questi ultimi anni, l'attenzione politica e sociale sul tema della protezione e della tutela dell'infanzia è stata ulteriormente rafforzata da alcune leggi. Con il dispositivo N.66 del 1996 la violenza sessuale è divenuta reato contro la persona e non più contro la morale ed il buon costume e, di conseguenza, è stato possibile introdurre una disciplina specifica per la protezione giudiziaria del bambino che si sospetti essere vittima di abuso.

Due anni più tardi, a completamento dell'aggiornamento della legislazione italiana, sono state approvate le norme (L. 269/98) contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale a danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.

.....

Le innovazioni legislative, di cui si è fatto cenno, hanno avuto conseguenti ricadute nel sistema dei servizi di tutela e cura attivati nel segmento sanitario e sociale. Per quanto riguarda il primo,

le politiche sanitarie hanno progressivamente considerato la materia dell'abuso e dello sfruttamento sessuale fra le proprie competenze specifiche, tanto che a tali problemi si riferisce anche il recente *Progetto-obiettivo materno infantile*, approvato con D.M. del 24 aprile 2000, prevedendo una specifica area di intervento e di azione contro gli abusi, il maltrattamento e lo sfruttamento sessuale dei bambini. A questo si deve aggiungere anche l'atto di indirizzo e di coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria (Decreto del 14 febbraio 2001) che, dal punto di vista della competenza della spesa, pone "le prestazioni medico-specialistiche, psicoterapeutiche, di indagine diagnostica sui minori e sulle famiglie adottive e affidatarie" per "la protezione dei minori in stato di abbandono" e "gli interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi"... a carico al 100% del Servizio Sanitario Nazionale. (Bollini, 2002)

Nel segmento sociale l'atto di maggiore importanza è costituito dall'approvazione di due leggi: la N.285 del 1997 e la N.328 del 2000.

Con la prima, *Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza*, sono stati finanziati, sul territorio nazionale, numerosi progetti pilota scelti per il carattere di forte innovazione sia sul piano metodologico che di traduzione operativa degli interventi realizzati. La 285 ha infatti fornito un nuovo criterio interpretativo individuando nel metodo, piuttosto che nel contenuto, lo strumento qualificante dell'intervento sociale. I Servizi progettati sono stati quindi pensati nei termini di un'attivazione di circoli virtuosi, di trasformazione di vincoli in risorse e di partecipazione allargata dei soggetti istituzionali. Tale impostazione metodologica, caratterizzata da un'elevata complessità organizzativo-gestionale, ha portato ad una vera e propria co-costruzione di interventi "confezionati a misura di contesto", in quanto configurati sulla base dell'interazione fra i diversi attori istituzionali chiamati a partecipare con la propria cultura e capacità progettuale. Viene così inaugurata una modalità di progettazione caratterizzata da una continua circolarità piuttosto che da una consequenzialità lineare fra staff di progettazione-Regioni-e referenti territoriali, capace di tradurre i problemi locali in processi da orientare.

Ulteriori passi avanti nella linea dell'integrazione fra servizi e soggetti istituzionali sono stati resi possibili dalla recente *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* (L.328). Con tale dispositivo viene proposta una nuova impostazione per il sistema degli interventi sociali introducendo una serie di principi innovativi cui conformarsi quali: la programmazione (articolata in Piani di Zona locali, Piani Sociali Regionali e Piano Nazionale), la partecipazione, la co-progettazione, la sussidiarietà verticale ed orizzontale, la cooperazione ed appunto l'integrazione.

.....

Possiamo ora vedere nella nascita delle Unità per la Tutela dei Minori (UTM) la concretizzazione operativa del convergere delle spinte politiche, culturali e giuridiche sopra tratteggiate.

A distanza di pochi anni dalla promulgazione dei dispositivi di legge citati, emerge con chiarezza il carattere ancora disomogeneo e frammentario che caratterizza, a livello regionale, l'organizzazione dei servizi pubblici e privati che si occupano di tutela e cura dell'infanzia.

.....

Il campo istituzionale dell'Unità operativa per la Tutela dei Minori

Nel definire i soggetti e le dinamiche che contraddistinguono questa recente area di lavoro e di ricerca è necessario dedicare particolare attenzione all'utenza cui essa si rivolge. Occuparsi infatti della tutela e della cura di bambini che subiscono in famiglia situazioni di grave trascuratezza, maltrattamento fisico, psichico e abuso, significa rivolgersi a soggetti che, per definizione, non possono accedere autonomamente al Servizio competente.

Una prima difficoltà deriva ovviamente dall'età e quindi dal limitato bagaglio di competenze e risorse di cui dispongono i bambini quando si trovano in una condizione di ancora completa dipendenza dall'adulto, il quale dovrebbe loro garantire quel nutrimento affettivo ed accudimento fisico indispensabili per una sana crescita somatica e psichica.

Una seconda difficoltà è poi costituita dall'insufficiente consapevolezza, che spesso questi bambini presentano, del proprio stato di sofferenza: i meccanismi di minimizzazione, negazione e diniego con cui reagiscono i genitori impediscono l'attivarsi di preoccupazioni e di richieste di aiuto all'esterno del nucleo familiare. Il malessere ed il disagio avvertito dal minore, non rispecchiato e raccolto dall'adulto, finisce con il tradursi in sintomi somato-psichici e/o sociali che possono parlare solo ad un attento osservatore esterno, terzo rispetto alla relazione del bambino con le sue figure allevanti. Questo complesso di dinamiche ci aiuta a mettere a fuoco una prima caratteristica distintiva dell'area di lavoro che stiamo descrivendo: si tratta della necessità di attivare un *contesto coatto* (Malacrea, 1993). Scrive Ghezzi in proposito:

Se un bambino "sta male a casa sua" ed i suoi non avvertono il disagio il problema si fa più arduo. Il malessere del bambino è là ed i suoi genitori non vedono e negano. [...] Se chi deve avvertire il disagio e provvedere non lo sa o può fare, è proprio la condizione di figlio che viene messa in discussione. [...] in queste situazioni che danneggiano un minore, la famiglia solitamente nega sia la sofferenza del bambino che la propria responsabilità, costruendo eventualmente spiegazioni e giustificazioni che la deresponsabilizzano. (Ghezzi, 1999, pp. 17-18).

Non è dunque possibile né per i minori coinvolti né per i loro genitori portare spontaneamente una richiesta di aiuto all'esterno. La mancanza di consapevolezza di disagio e, di conseguenza, di domanda di aiuto e di motivazione all'avvio di un trattamento fanno venire meno i requisiti che consentirebbero la costruzione di un'alleanza di lavoro tipica del contesto "riparativo" in cui invece "l'intreccio tra la preoccupazione e la richiesta della famiglia e la disponibilità e la competenza del curante è spesso elemento sufficiente e risolutivo. Il bisogno di figure intermedie tra la famiglia e lo specialista è minimo; [...] al di là del momento dell'invio e del filtro formale, non si avverte la necessità di altre figure di operatori". (Ghezzi, op. cit.)

Il contesto di coazione

.....

Aggiungiamo ora che i medesimi dispositivi prevedono che, in caso di conflitto di interesse fra il minore ed i suoi genitori, prevalga la tutela del primo. E' inoltre sancito l'obbligo, per numerose categorie professionali (pubblici ufficiali, incaricati di pubblico servizio...), di segnalare all'Autorità competente la notizia di minori che si trovino in situazioni gravemente pregiudizievoli al loro benessere. Ne deriva non solo la possibilità, bensì l'obbligo di legge ad attivare interventi di tutela a favore di quei bambini i cui genitori non siano motivati o capaci di riconoscere la gravità della loro sofferenza.

La costruzione di un contesto coatto avviene attraverso la segnalazione al Tribunale per i Minorenni che, dalla sua chiamata in causa, diviene il principale garante e referente dell'intero intervento di protezione e sostegno al minore ed al suo nucleo familiare. Non approfondiremo, in questa sede, la metodologia e le dinamiche sottese alla decisione di segnalazione (tema già ampiamente affrontato in letteratura¹). Ci preme piuttosto sottolineare come ciò presupponga l'attivarsi di terzi (insegnanti, assistenti sociali, pediatri...) rispetto alla relazione minore-genitori e come il Tribunale, con l'emissione di un decreto prescrittivo, assuma il ruolo di Super-io ausiliario rispetto alle inadeguatezze della coppia genitoriale. Questa istanza giudiziaria non ha valenze penali nei confronti delle figure allevanti in quanto pone al centro della propria attenzione la tutela del benessere del minore, compreso il suo diritto a crescere nella famiglia naturale. La compresenza di queste due preoccupazioni, negli intenti del legislatore, ci sembra che abbia felicemente evitato di inasprire la conflittualità di interessi già presente, aprendo invece la strada ad una via di composizione. Tutelare un minore significa dunque proteggere anche le sue relazioni con le figure genitoriali ponendo, a queste ultime, dei vincoli che correggano o impediscano quei comportamenti ed atteggiamenti dannosi che hanno dato l'avvio all'intervento di tutela. "Il decreto del Tribunale per i Minorenni costringe i genitori a recarsi presso servizi e specialisti, mettendoli in una condizione fattuale, altrimenti assai improbabile, di apertura di possibilità, permette cioè a genitori ed operatori di giocare una difficile partita che altrimenti neppure potrebbe incominciare" (Ghezzi, op. cit.)

Vediamo ora altri due elementi fortemente caratterizzanti il lavoro nelle UTM: il ruolo dell'équipe multidisciplinare e la rete istituzionale.

L'équipe multidisciplinare e la rete istituzionale

Da quanto si è detto, risulta evidente come il lavoro in UTM si caratterizzi per avere, come soggetto curante, un'équipe multidisciplinare composta solitamente da assistenti sociali, psicologi, neuropsichiatri infantili e talvolta da pedagogisti ed educatori.

Un primo problema che si pone è quello di porre le condizioni di lavoro, in termini di metodologia, organizzazione ed operatività, che consentano una precisa differenziazione di competenze rispetto alle diverse professionalità. In modo sintetico, possiamo dire che all'assistente sociale spettano i compiti di assistenza, di promozione alla sicurezza, di controllo sociale, di individuazione e prevenzione dei rischi evolutivi e sociali. Il ruolo dello psicologo si esprime invece essenzialmente lungo il continuum che va dalla valutazione psicodiagnostica, attraverso la prognosi e la definizione del progetto terapeutico, all'avvio della

¹ Fra le numerose pubblicazioni sull'argomento, ricordiamo due testi che, fra i primi, hanno contribuito a teorizzare e diffondere la cultura e gli strumenti per la protezione e la cura dell'infanzia. Si tratta di *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia* di S. Cirillo e P. Di Blasio (1989), Cortina Editore e *La tutela del minore* di D. Ghezzi e F. Vakilongia (1996), Cortina Editore.

cura ed al monitoraggio della stessa. Al neuropsichiatria infantile sono invece affidate le valutazioni neurologiche e psichiatriche che integrano la diagnosi psicologica, nonché i profili di sviluppo in caso di sospetto handicap.

L'attenzione posta alla differenziazione di ruoli e competenze ed al mantenimento degli stessi nel tempo si accompagna, tuttavia, ad un altrettanto costante monitoraggio rispetto ad un'efficace integrazione degli interventi attuati che debbono discendere dalla definizione di un progetto comune, trasversale alle professionalità interessate ed alle aree di intervento.

Si possono pertanto delineare diversi livelli di integrazione:

- un primo livello è quello che riguarda l'area sociale e quella psicologica;
- un secondo livello è quello che chiama in causa i Servizi Sociali e quelli Sanitari rispetto alle diverse competenze: sostegno e controllo della genitorialità e valutazione psicodiagnostica e riabilitazione;
- un terzo livello, infine, è quello che riguarda la collaborazione fra l'Autorità Giudiziaria e l'UTM, con la definizione di quelle differenze e specificità che ostacolano il prodursi di fusioni, quali quelle che potrebbero portare gli operatori ad attuare passivamente le prescrizioni della Magistratura o i giudici ad intervenire a supporto del nucleo familiare e del minore adottando competenze tecniche tipiche degli operatori (Mazzoni, Santona, 1999).

La composizione dell'équipe multidisciplinare, che integra professionalità diverse, ed il suo collocarsi all'interno della rete istituzionale sopra delineata consentono, dunque, di intervenire su livelli diversi della multiproblematicità che spesso caratterizza le famiglie maltrattanti e abusanti.

Il moltiplicarsi del numero degli operatori coinvolti, ben lungi dall'essere confusivo, rappresenta piuttosto una garanzia irrinunciabile per sostenere, attraverso il gioco delle identificazioni, quelle spinte trasformative che possono consentire l'avvio di processi di separazione-individuazione in nuclei spesso caratterizzati da insufficiente differenziazione o da inversione di ruoli e funzioni (maschili/femminili, genitoriali/filiali, materne/paterne). Introdurre elementi differenzianti e caratterizzanti diviene dunque fondamentale per poter avviare processi di cambiamento.

Senza dimenticare che il vertice prospettico resta quello dell'interesse del minore, è possibile che l'équipe, nell'integrata pluralità delle proprie funzioni, accolga e rappresenti la molteplicità dei bisogni e dei conflitti espressi, in modo non esplicito, dai componenti della famiglia. Il continuo confrontarsi ed anche scontrarsi dei suoi operatori diviene così la drammatizzazione delle vicissitudini relazionali degli utenti le cui angosce si riversano nel gruppo curante. Grazie alla discussione, al confronto e ai momenti di supervisione, l'équipe riesce a divenire il luogo di elaborazione e trasformazione della sofferenza e dell'angoscia ed a restituire ai referenti dei casi una visione articolata, prospettica e progettuale del proprio lavoro.

Da ultimo, vorremmo ricordare come una delle funzioni principali dell'équipe, così come accade in altri tipi di Servizi, sia quella di costituire un luogo psichico di tutela e sostegno per ogni operatore, tenuto conto della straordinaria forza dell'impatto emozionale che comporta l'occuparsi di bambini che abbiano subito maltrattamenti ed abusi.

.....

Dalla consultazione alla formulazione del progetto

Allo stato attuale delle cose, si osserva nelle UTM un moltiplicarsi di differenti modelli teorico-clinici ed operativi che possono, nel loro complesso, essere fatti risalire a due approcci principali: quello sistemico e quello psicoanalitico.

Nelle pagine che seguiranno, si farà riferimento al modello di intervento definito dall'UTM del Comune di Monza² (figura 1)³, presso la quale lavorano quattro psicologhe ed una neuropsichiatra le cui competenze psicoterapeutiche sono state acquisite con formazione psicoanalitica.

.....

2 Nell'ambito dei Servizi Sociali Comunali, è stato istituito nel 1999 (con finanziamento della Legge N.285) un Servizio specialistico per gli interventi di tutela e cura dei minori in situazioni di grave trascuratezza, maltrattamento e abuso. Tale Servizio, denominato Unità Operativa Diritti dei Minori e Cura della Famiglia, copre il territorio dei comuni di Monza e Villasanta.

³ La scheda presenta, a scopo didattico, la rete dei principali Servizi Pubblici oggi attivi sul territorio del Comune di Monza.

Il collocamento dell'UTM all'interno del Servizio Sociale comunale ha quindi posto il problema di individuare la specificità dell'intervento psicosociale curativo della famiglia e di differenziarlo da quello sanitario.

.....

Il setting

Oltre al contesto coatto e all'utilizzo dell'équipe multidisciplinare come soggetto curante, di cui si è già detto sopra, è stata individuata una valenza terapeutica specifica nell'articolazione e scansione temporale delle diverse fasi di lavorazione del caso.

Si è infatti notato come tratto distintivo delle famiglie afferenti al Servizio, in cui la difficoltà a mentalizzare produce un continuo ricorso all'agito, uno specifico deficit nell'interiorizzazione delle coordinate temporali che rende impossibile qualsiasi progettualità. Mancando un prima ed un dopo, venendo meno la consequenzialità degli eventi esterni e delle significazioni interne, si vanifica la capacità di incidere dall'interno sul disagio famigliare. Una prima modalità per agire in modo trasformativo su questo aspetto è dunque quella di strutturare gli interventi secondo una successione di fasi i cui confini siano marcati in modo manifesto.

Questo scandire il percorso istituzionale in una serie di passaggi chiari, visibili e condivisi con l'utenza ha l'effetto terapeutico di promuovere la capacità di strutturare luoghi e tempi psichici differenziati ed atti a contenere non solo ciò che accade, ma anche i suoi significati.

Al termine del processo di consultazione, che porta alla formulazione di psicodiagnosi individuali e relazionali nonché di una prognosi sulla recuperabilità genitoriale (che orienterà il progetto per i minori), si è svolto un percorso che può essere interiorizzato dall'utenza non solo per i suoi esiti, ma anche per la sua valenza strutturante.

Analoga funzione ha anche la coordinata spaziale rappresentata dai luoghi fisici del setting. L'utilizzo di stanze diverse per i colloqui con i genitori e per il lavoro con i minori rappresenta un primo passo nella direzione di offrire spazi diversi per ruoli differenti (genitoriali e filiali) ed andrebbe ulteriormente rinforzata dalla possibilità di non sovrapporre i luoghi della valutazione a quelli dello svolgersi del progetto (come invece spesso accade nel Servizio pubblico). L'utilizzo, per esempio, dello stesso ambiente per fare un colloquio con i genitori e per lo svolgimento di un incontro protetto, in fase di sostegno alla genitorialità, rischia di essere confusivo e di limitare l'efficacia degli interventi (non fosse altro che per la necessità di approntare arredi completamente diversi).

La consultazione come processo di valutazione

L'accesso al Servizio avviene, nella maggior parte dei casi, come passaggio dalle cinque équipe territoriali cui afferisce l'utenza sulla base di una suddivisione del territorio comunale in circoscrizioni. Infatti, quando un'équipe di base, che svolge essenzialmente un lavoro di filtro rispetto ai Servizi attivi sul territorio, viene a conoscenza di una situazione che si configuri come pregiudizievole per un minore provvede ad avviare un'accurata indagine psicosociale. Se gli esiti di quest'ultima confermano le preoccupazioni circa le inadeguatezze delle figure allevanti, il nucleo viene segnalato all'Autorità Giudiziaria (Tribunale per i Minorenni e/o Procura) la quale decide se accogliere le richieste di tutela e sostegno per il minore coinvolto. In caso positivo, viene emesso un decreto o un mandato prescrittivo in cui vengono date precise indicazioni alla famiglia ed al Servizio Sociale ed il caso passa all'UTM come nucleo specializzato per il trattamento delle problematiche di maltrattamento e abuso.

Meno numerosi sono invece i nuclei famigliari che vengono segnalati direttamente dall'Autorità Giudiziaria, dai Servizi territoriali (Ospedale, Consultorio Familiare, CPS, SERT, NOA...), oppure da parte di altri Comuni a seguito di cambiamenti della residenza famigliare.

La tipologia dell'utenza e l'organizzazione del Servizio descritta comportano che tutti i minori presi in carico siano tutelati da un mandato del Tribunale di tipo conoscitivo, valutativo o esecutivo e che ovviamente non si verifichi per definizione nessun accesso spontaneo.

.....

La consultazione diviene quindi un processo valutativo in senso diagnostico e prognostico (sia lungo la direttrice sociale che quella psicologica) che orienterà il progetto di tutela e di cura della famiglia.

Per questi motivi, la valutazione non può esaurirsi in un atto diagnostico unico (come se si trattasse di fare una fotografia), ma si configura invece come un processo dinamico che si svolge nel tempo e nello spazio e che si articola in diverse fasi scandite fra loro (come in un film)⁴.

Nelle prime due sottofasi (1. psicodiagnosi del minore e valutazione del tipo di trauma subito e dei suoi effetti; 2. valutazione delle competenze genitoriali⁵), viene compiuta una lettura della situazione sociale e psichica attuale ricercandone le radici nella storia del singolo, della coppia e della famiglia. Questo lavoro di collegamento con il passato ha l'obiettivo di aiutare la famiglia maltrattante o abusante a riappropriarsi dei propri conflitti sprofondati nell'oblio sotto la spinta degli agiti che hanno prodotto i sintomi.

Parlare della nocività per i figli dei comportamenti genitoriali inadeguati ha come primo effetto quello di porre problematicità laddove la famiglia ha fatto di tutto per perderne la consapevolezza. Proporre ai genitori che, quando maltrattano i loro figli o ne abusano, stanno parlando della propria sofferenza significa introdurre quegli elementi di pensiero differenziante che possono prevenire la ricaduta o l'assestarsi nella cronicità.

Nelle altre due sottofasi (3. valutazione delle capacità del minore di elaborazione delle vicende traumatiche; 4. valutazione della recuperabilità genitoriale), si cerca di attuare un collegamento fra la dimensione del presente e quella del futuro. Si tratta di valutare quali risorse siano mobilitabili in ciascun genitore (in termini di acquisizione di consapevolezza e motivazione al cambiamento) e quali siano la capacità del minore ed il suo ritmo di risposta al possibile modificarsi del genitore.

La diagnosi psicosociale risulterà dall'incrocio fra gli esiti delle quattro diverse sottofasi, nonché dalla valutazione della capacità dell'intero nucleo di utilizzare le valenze terapeutiche offerte da questo tipo di consultazione per attivare cambiamenti.

I colloqui con cui si conclude il processo di valutazione hanno come obiettivo la restituzione articolata sia sul versante genitoriale che minorile delle rielaborazioni operate dalla microéquipe referente sul caso.

Richiamandoci alle parole di Senise (1990), potremmo così riassumere le funzioni della microéquipe:

- contenere contemporaneamente più posizioni identificatorie e le interrelazioni emotive corrispondenti;
- far emergere le conflittualità;
- fondare i presupposti per un'evoluzione dialettica delle conflittualità stesse.

Il progetto

A partire dagli esiti diagnostici e prognostici della valutazione delle capacità genitoriali, è possibile definire due principali tipologie di progetto:

- con prognosi positiva, l'articolazione di interventi supportivi;
- con prognosi negativa, l'attuazione di interventi sostitutivi (adozioni, inserimenti in comunità di lunga durata per problematiche specifiche del minore, ...) ⁶.

E' importante precisare che la formulazione del progetto deve necessariamente riferirsi alla valutazione incrociata delle competenze genitoriali con i bisogni e le risorse di ogni minore coinvolto. Può così accadere che, nel caso in cui in una famiglia vi sia più di un figlio oppure una genitorialità multipla (figli nati da partner diversi dell'attuale coppia), sia formulata una pluralità di prognosi e di progetti, che potrebbero anche avere caratteristiche opposte (per es. quando vi sono i requisiti per l'adozione di un minore e l'affido di un altro).

Interventi supportivi: i "trattamenti psicosociali"

Sono numerose le tipologie di intervento che possono essere attivate ad assistenza e supporto della genitorialità inadeguata ma recuperabile alle proprie funzioni. Fra di esse, ricordiamo le principali:

⁴ Ci si riferisce all'esperienza e alle teorizzazioni del Centro per il bambino maltrattato e la cura della crisi familiare (CBM) (vedi Cirillo S., Di Blasio P., 1989 op.cit.).

⁵ Si rimanda il lettore alla scheda, riportata più avanti, in cui vengono indicate le aree da esplorare per la valutazione clinica delle capacità genitoriali.

⁶ Di questi ultimi non ci si occuperà in questo lavoro.

l'assistenza domiciliare, che prevede la presenza di un educatore che favorisca l'acquisizione di più ampie competenze negli adulti; l'affido eterofamiliare o l'inserimento temporaneo in comunità per sostituire genitori al momento inabili che possono così affrontare i diversi percorsi di recupero (disintossicazioni, ricoveri...); le frequenze scolastiche a semiconvitto con prolungamento del tempo di permanenza fino al tardo pomeriggio.

.....

Si evidenzia la necessità per le UTM, che si occupano di cura della famiglia, di teorizzare e di mettere in campo percorsi di sostegno a valenza terapeutica che possano intervenire a supporto della famiglia in situazione di crisi. Potremmo definire tali interventi come "trattamenti psicosociali" e delinearne sinteticamente le caratteristiche:

- il setting è caratterizzato da un contesto coatto definito dall'Autorità Giudiziaria;
- il percorso terapeutico parte da una prescrizione di lavoro e non da una domanda spontanea dell'utente;
- alleanza terapeutica, consapevolezza di bisogno, motivazione al cambiamento, presupposti per avviare un processo di rielaborazione nelle psicoterapie tradizionali, divengono gli obiettivi dell'intervento trasformativo che agisce sulle difese (che traducono la sofferenza familiare in sintomi di maltrattamento e/o abuso);
- il livello principale di intervento è quello relazionale e non quello intrapsichico;
- il focus di lavoro è sempre duplice: creare le condizioni interne (psichiche) ed esterne (ambientali) che consentano la realizzazione del progetto;
- la durata dell'intervento è limitata nel tempo, secondo parametri in via di definizione, e soggetta a valutazioni che ne evidenzino l'efficacia o viceversa la necessità di rivedere prognosi e progetto.

.....

A titolo esemplificativo, ricordiamo, nel formato individuale, il trattamento psicosociale del minore per un progetto di adozione oppure la preparazione del medesimo all'incidente probatorio per raccogliere, in modo protetto, la testimonianza nell'ambito di un procedimento giudiziario.

Sul versante genitoriale ci si riferisce, ad esempio, al lavoro di supporto alla coppia affidataria oppure, in un caso di abuso intrafamiliare commesso dal padre, al sostegno psicologico rivolto alla madre.

Infine, vi sono situazioni in cui si lavora con la coppia genitore-figlio: si può infatti utilizzare il contesto delle visite vigilate per migliorare la qualità degli scambi e raccogliere materiale che viene poi ripreso, in modo rielaborativo, negli incontri individuali.

Psicoanalisi, Campo Sociale e UTM: quale sfida per lo psicologo psicoterapeuta?

Il movimento di "uscita" della psicoanalisi sul territorio, che ha avuto nell'opera di Racamier, Sassolas, Correale alcune delle sue tappe più feconde, continua ancora oggi nell'incontro con il Campo Sociale, territorio di confine in cui la stessa si è avventurata con un certo ritardo rispetto, per esempio, all'approccio sistemico, da subito più flessibile nel coniugarsi a questo contesto.

Come abbiamo visto, anche dalla breve descrizione del modello operativo dell'UTM monzese, rimangono ancora validi i principi su cui Racamier sviluppò l'esperienza della psichiatria "di settore" del XIII Arrondissement, principi che possono così essere sintetizzati:

- soggetto curante è l'équipe multidisciplinare inserita in un contesto sociale e geografico ben delimitato, in modo che sia possibile attivare interventi tempestivi sul luogo stesso in cui si manifesta il disagio; ciò consente di evitare, o limitare al minimo, l'allontanamento del minore dal proprio ambiente familiare e di socializzazione;
- la presa in carico si rivolge all'intero nucleo, con la possibilità di includere anche figure significative della famiglia allargata;
- la continuità della cura, nel senso della presenza sul territorio di diverse strutture e Servizi (Centri di aggregazione, Comunità educativa, Servizio di Assistenza Domiciliare Minorile, Servizio Affidi, Comunità terapeutica...), atti ad essere utilizzati a seconda della gravità e dell'evoluzione della sofferenza, assume una speciale rilevanza in quanto strumento per garantire e sostenere i movimenti trasformativi delle famiglie.

Vorrei ora ricordare un altro fondamento dell'azione terapeutica teorizzata da Racamier: si tratta della costante attenzione da lui rivolta alle difficoltà incontrate dagli operatori nello svolgimento delle proprie funzioni. A questo tema sono dedicate le riflessioni finali del presente lavoro.

Si tratta, per la verità, di un argomento ancora insufficientemente sviluppato dalla letteratura sulle UTM in quanto il prevalere delle teorizzazioni di impostazione sistemica ha fatto ritenere di scarso interesse l'interrogarsi su quali siano le problematiche, la qualità delle angosce e delle difese che possono attivarsi in chi si occupa di bambini maltrattati ed abusati.

Una prima difficoltà che incontrano gli operatori consiste nel riuscire ad articolare in modo efficace le due funzioni principali che caratterizzano l'operatività di un Servizio dedicato alla tutela ed alla cura di minori: mi riferisco alle attività di controllo e di sostegno rivolte alle famiglie. Si tratta di funzioni trasversali rispetto alle professionalità in quanto direttrici lungo le quali si debbono svolgere i progetti che hanno come obiettivo il cambiamento delle condizioni ambientali e relazionali pregiudizievoli. Ciò comporta intervenire sia sulle dinamiche disfunzionali familiari che su numerosi fattori di natura sociale che riguardano la quotidianità degli utenti: le condizioni dell'alloggio, le risorse economiche, la rete sociale, la situazione professionale, i rapporti con le Istituzioni del territorio (scuola, uffici della pubblica amministrazione..), ecc. Che cosa significa ciò per uno psicologo psicoterapeuta di formazione psicoanalitica? E ancora: come coniugare concretezza e psichismo, azione e pensiero, sempre compresenti nella pratica psicosociale?

Si tratta sicuramente di una sfida molto stimolante che spesso coglie davvero impreparato il professionista che si affaccia su questa frontiera. E' facile sentirsi mancare il terreno sotto i piedi perché, fino a qualche anno fa, gli Istituti di formazione non preparavano a questo tipo di ruolo, nato così di recente, ed anche perché gli apprendimenti scolastici sembrano vanificarsi. I cardini su cui sono impostate le attività tradizionali di consultazione e di trattamento vacillano: il concetto di setting, di neutralità analitica, di astinenza, di segreto professionale...

Un aiuto importante può venire allo psicologo dalla terapia sociale psicoanalitica, nata nei primi anni Settanta con l'obiettivo di comprendere ed intervenire sul rapporto complesso che esiste tra condizioni di emergenza materiale, degrado psicosociale, sofferenza psichica e malattie psicosomatiche. Con questa finalità, sono state studiate e sperimentate delle modificazioni della tecnica classica che hanno portato ad una rimodulazione delle regole del setting. Per esempio: "fa parte dei principi della terapia sociale il progetto di avvicinare le offerte di aiuto in modo preponderante nei luoghi di vita della popolazione e così abbassare la soglia di accesso che impedisce di farne ricorso [...] il terapeuta sociale...non si mette in una posizione passiva di attesa, aspettando di venire interpellato dai suoi clienti, ma si impegna personalmente per prendere contatto con le persone che possono potenzialmente esserne interessate" (Wirth 2001.).

Con gli opportuni adattamenti, è possibile trasportare questa tecnica al lavoro nelle UTM dove il committente non è il paziente bensì l'Autorità Giudiziaria. In proposito, si è già detto dell'impossibilità a chiedere del bambino. Rispetto invece ai genitori, si può dire sinteticamente che si tratta spesso di soggetti che soffrono di gravi disturbi di personalità: di tipo borderline (con bassi livelli funzionali), paranoide o personalità perverse. Per lo psicologo diviene dunque necessario elaborare il lutto del paziente ideale, capace di chiedere o tollerare aiuto in quanto sufficientemente consapevole della propria sofferenza o in situazione di acuzie. L'esperienza mostra piuttosto che questi pazienti rifiutano con una particolare tenacia ed aggressività le offerte di aiuto degli operatori e, quando le accettano, manifestano di frequente atteggiamenti fortemente manipolatori.

Di fronte a tutto ciò, ritengo essenziale riuscire a maturare una salda "compostezza emotiva" che consenta di non sentirsi troppo offesi o provocati dal comportamento rifiutante o denegante degli utenti. Ciò vale, ancor di più, quando si lavora con bambini che, fortemente invischiati nelle dinamiche famigliari, rigettano ogni proposta di supporto (che vivono come una separazione traditrice dal magma famigliare). Soprattutto in questo caso, è assolutamente necessario che lo psicologo lavori sui propri limiti, imparando a non idealizzare il proprio sapere, non confondendo i propri bisogni riparativi con quelli del minore di cui si occupa, ridimensionando le proprie aspettative, accontentandosi insomma di quelle sole trasformazioni che sono possibili e tollerabili per i suoi utenti.

Un'altra caratteristica che sarebbe opportuno possedesse lo psicologo che si occupi di maltrattamento e abuso minorile è quella che viene definita da Bion (1970) come "capacità negativa": ossia il riuscire a rimanere nell'incertezza, nel dubbio, senza aggrapparsi ai fatti ed alle spiegazioni e nemmeno alla sicurezza del setting analitico, della teoria psicoanalitica e della tecnica tradizionale. In molti casi, per esempio, non è

dato conoscere la verità oggettiva del prodursi delle condizioni di pregiudizio su cui interviene l'équipe dell'UTM: come mai un lattante abbia certi lividi e fratture, come mai un bambino vagava da solo nella notte o ha vissuto al buio per mesi. Lo psicologo deve poter tollerare con una certa tranquillità questi interrogativi, serbandoli nel ricordo e scordandoli nel processo di apprendimento dai suoi pazienti, sempre mantenendo il focus del proprio lavoro sulla valutazione in senso progettuale delle risorse e dei limiti delle relazioni famigliari che osserva.

Tornando al problema della motivazione mancante, come si può dunque lavorare con genitori che non riconoscano la propria sofferenza e quella dei propri figli?

Tenuto conto che l'accesso e la frequenza al Servizio sono formalmente garantite dal decreto prescrittivo del Tribunale, pena severe limitazioni della potestà genitoriale fino al suo decadimento (eventualità di cui viene informato il genitore dal Giudice), si tratta di impostare il processo di consultazione con il fine di far emergere quel residuo di preoccupazione genitoriale che sempre esiste (anche se magari scisso). Si tratta inoltre di favorire una maggiore consapevolezza dell'ambivalenza che sottostà ad ogni idealizzazione delle relazioni con i figli, il riconoscimento delle problematiche coniugali e soprattutto di promuovere un atteggiamento di criticità nei confronti dei modelli genitoriali da essi sperimentati, recuperando la sofferenza provata da ciascuna figura allevante nella condizione di figlio. Diviene così possibile, sollecitando movimenti di *identificazione* con i bambini, aiutare questi genitori a rinunciare o almeno ad attenuare la rigidità delle difese che utilizzano per arginare le proprie angosce (di natura prevalentemente narcisistica). Anche il mostrare loro la qualità della relazione che sviluppano con gli operatori del Servizio ha l'effetto di aumentare la consapevolezza delle proprie difficoltà. Quando poi si è attenuata la forza del rifiuto alla collaborazione, è opportuno costruire "isole di alleanza" sulle questioni che essi sentono come significative: per esempio, quella di poter concludere in breve tempo il rapporto con l'Autorità Giudiziaria. Anche in questo caso estremo, in cui la preoccupazione per i figli non è esprimibile e la salvaguardia del narcisismo del genitore resta in primo piano, è possibile lavorare nel senso di aiutare a mettere a fuoco su quali condizioni intervenire per chiudere l'intervento del Giudice. L'esperienza sul campo ci insegna che anche se il genitore si pone nell'atteggiamento di un mero esecutore delle indicazioni del Tribunale si producono – magari in modo mai dichiarabile ma altrimenti visibile- delle piccole ma significative trasformazioni nella capacità di auto-osservarsi, censurarsi e valutarsi nell'esercizio delle funzioni genitoriali.

Per quanto riguarda poi la tecnica di trattamento di questo tipo di genitore, una volta che sia maturata la motivazione ad utilizzare l'offerta dei colloqui di supporto psicologico, ritengo molto interessante il modello di trattamento bifocale elaborato da Rauchfleisch (2001) per soggetti che si trovino in condizioni di emergenza psicosociale. Egli, partendo dal modello della terapia per i pazienti borderline elaborata da Kernberg, ha sviluppato una forma di psicoterapia ad orientamento psicoanalitico caratterizzata da due focus di attenzione che si intersecano: uno sulla dimensione psichica interna e l'altro sulla realtà sociale esterna. Gli interventi del terapeuta (sia verbali che agiti) consentono di offrire l'aiuto urgentemente necessario nella realtà esterna del paziente e, nel contempo, di lavorare in modo più tradizionale, sulle difese, le resistenze e le dinamiche di transfert.

Conclusioni

.....

Per gli operatori del settore psicosociale, ed in modo particolare per quelli che si occupano di tutela e cura dell'infanzia, ciò richiede lo sviluppo di una particolare capacità di integrare la propria professionalità con quella dei colleghi e di promuovere di continuo forme di collaborazione fra le diverse Istituzioni sul territorio. Infatti, il crearsi di disomogeneità e disfunzionalità nei tempi e nelle procedure di intervento dei Servizi coinvolti nel progetto per il minore (Servizio Sociale, Servizio Sanitario, Magistratura...) può avere effetti molto dannosi sul bambino che rischia di essere esposto a forme di maltrattamento ed abuso istituzionale.

.....

Bibliografia

- A.A.V.V., *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 1-2, 1996.
- A.A.V.V., *Cittadini in crescita*, Rivista del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 3, 1, 2002.
- Aliprandi M.T., Pelanda E., Senise T., *Psicoterapia breve di individuazione*, Feltrinelli, Milano 1990.
- Aparo A., Casonato M., Vigorelli M., *Modelli genetico-evolutivi in psicoanalisi*, Il Mulino, Bologna 1999.
- Bion W.R., *Attenzione e interpretazione. Una prospettiva scientifica e sui gruppi*, Armando, Roma 1982.
- Bramanti D. (a cura di), *La famiglia tra le generazioni: Atti del XVI Convegno del Centro studi e ricerche sulla famiglia*, Milano 13-14 ottobre 2000, V&P Università 2001.
- CAM (a cura di), *Alla ricerca di nuovi modelli di tutela per l'infanzia e l'adolescenza*, Franco Angeli, Milano 2000.
- Carini A., Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G. (a cura di), *L'abuso sessuale intrafamiliare. Manuale di intervento*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2001.
- Cellentani Viola O. (a cura di), *Lavorare con la famiglia*, Franco Angeli, Milano 1998.
- Cirillo S., Di Blasio P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- De Zulueta F., *Dal dolore alla violenza*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.
- Eckes-Lapp R., Körner J. (a cura di), *Psicoanalisi nel Campo Sociale*, Edizioni Aretusa 2001.
- Ghezzi D., *Integrazione tra il lavoro psicologico di valutazione e terapia e la rete dei servizi nei casi di maltrattamento e abuso sessuale infantile*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 1, 2, pp.17-18, giugno 1999, Franco Angeli, Milano.
- Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di), *La tutela del minore*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
- Ghisotti N., Perego F., *Riflessioni sulla cura della famiglia maltrattante/abusante*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 33, 5 (2003).
- Lai G., Cellentani O. (a cura di), *Conoscenze psicoanalitiche e pratiche sociali. Viaggio nell'itinerario della consultazione psicosociale*, Franco Angeli, Milano 1996.
- Malacrea M., *Il minore maltrattato: riparazione e protezione?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 11, pp.5-7.
- Malacrea M., *Trauma e riparazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.
- Malagoli Togliatti M. (a cura di), *Disagio mentale e validità genitoriale*, Bulzoni, Roma 1988.
- Magliaro G. (a cura di), *Psicologia, Psicoanalisi e Istituzioni socio-sanitarie*, CLEUP, Padova 1984.
- Mazzoni S., Santona A., *La tutela del minore trascurato e maltrattato. La collaborazione tra la Magistratura e i Servizi territoriali integrati*, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 1, 2, pp.17-18, giugno 1999, Franco Angeli, Milano.
- Nicolò A., Corigliano A.M., *Capacità di riparazione e genitorialità*, in *Coniugalità e genitorialità*, Interazioni, 2, pp.30-39 (1994) (tutto il numero).
- e Zampino F., *Lavorare con la famiglia. osservazione e tecniche di intervento psicoanalitico*, Carocci Editore, Roma 2002.
- Racamier P.C., *Di psicoanalisi in psichiatria*, [tr. it.], Loescher, Torino 1992.
- Rauchfleisch U., *Psicoterapia con persone in emergenza psicosociale, seguite con un programma di trattamento modificato*, in Eckes-Lapp R., Körner J. (a cura di), *Psicoanalisi nel Campo Sociale*, Edizioni Aretusa 2001, pp.127-36.
- Reder P., Lucey C. (a cura di), *Cure genitoriali e rischio di abuso. Guida per una valutazione*, Edizioni Erickson, Trento 1997.
- Roccia C. (a cura di), *Riconoscere e ascoltare il trauma*, Franco Angeli, Milano 2001.
- Salvo A., *Perversioni al femminile*, Mondadori, Milano 1997.
- Tsiantis J., Boethious S.B., Hallerfors B., Horne A., Tisler L., *Il lavoro con i genitori. La psicoterapia psicoanalitica con i bambini e gli adolescenti*, Borla, Roma 2002.
- Wirth H-J., *Terapia sociale psicoanalitica*, in Eckes-Lapp R., Körner J. (a cura di), *Psicoanalisi nel Campo Sociale*, Edizioni Aretusa 2001, pp.13-31.