

ASSOCIAZIONE MITO E REALTA'
Giornata di studio

DIMENSIONE PUBBLICA E PRIVATA NELLA VITA DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Sabato 13 novembre 2010

Norma Ghisotti

Psicologa psicoterapeuta, CTU Tribunale Ordinario di Milano, supervisore e formatrice nell'ambito della tutela e della cura psicosociale dei minori, docente S.I.P.P.

**LA FAMIGLIA CON GENITORIALITÀ DISFUNZIONALE:
LA COMUNITÀ RESIDENZIALE PER MINORI COME STRUMENTO DI TUTELA E DI CURA**

E' con grande piacere che oggi do avvio alle riflessioni della nostra Associazione sul tema della residenzialità per minori come strumento di tutela e di cura. Si tratta di un'area di intervento particolarmente complessa che si configura come campo di intersecazione fra il sistema giudiziario, quello sociale e quello sanitario e che abbraccia tanto l'ambito civile, a cui oggi è dedicato il mio intervento, quanto quello penale¹.

Penso sia utile iniziare con il richiamare brevemente la cornice giuridica da cui discende l'obbligo per gli operatori socio-sanitari ad esercitare la funzione della tutela del minore e mostrarvi alcuni dati quantitativi nazionali che fotografano la situazione italiana.

Nell'ultimo secolo si sono verificati importanti cambiamenti culturali e legislativi in ambito prima internazionale, poi nazionale. Essi hanno favorito un'evoluzione degli interventi istituzionali per l'infanzia in condizione di "elevato rischio psicosociale" espressione con cui si definiscono "tutte quelle condizioni a carico dell'individuo e/o dell'ambiente che possono comportare un danno evolutivo" (Emiliani, Bastianoni 1993, p.13).

Il principio che il bambino sia un soggetto attivo di diritti umani fondamentali, cui si è ispirata la Convenzione dei Diritti del Fanciullo (ONU, 1989), ha promosso il passaggio dalla istituzionalizzazione del minore come mera forma di custodia, alla tutela come forma di protezione sociale che prevede una progettualità individualizzata atta a rispondere ai bisogni di appartenenza, crescita sociale e psicologica.

E' significativo ricordare che il processo di deistituzionalizzazione dei minori si inserisce in un cambiamento politico-culturale che, fra gli anni '70 e '80, disegna l'attuale welfare italiano² basato sulla valorizzazione della prossimità territoriale dei Servizi di cura ed assistenza alla persona e sulla promozione della salute e del benessere del cittadino.

L'Italia, con tre leggi di settore³, ratifica il principio che ogni bambino abbia diritto a crescere come figlio anche quando la sua famiglia naturale manifesti una grave incapacità a

¹ Il giudice minorile può disporre il collocamento in struttura educativa dell'imputato maggiore di 14 anni (come misura cautelare o di messa alla prova) o del condannato come pena alternativa alla detenzione.

² In quel periodo si assiste, nell'area sanitaria, alla chiusura dei manicomi ed alla nascita dei Servizi di Igiene Mentale pubblici (1978), all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (1978) e dei Consultori familiari (1975) e, nell'area scolastica, all'abolizione delle classi differenziali e all'integrazione dell'alunno disabile nella scuola dell'obbligo.

³ (L.184/1983, L.328/2000 e L. 149/2001).

prendersene cura: l'affido eterofamiliare, l'inserimento in comunità⁴ e l'adozione rappresentano dunque possibili risposte a disfunzionamenti temporanei o cronici della genitorialità. Viene inoltre decisa la chiusura definitiva degli Istituti per l'infanzia entro il 2006.

Vorrei ora mostrarvi alcuni dati, che si riferiscono al 2007, raccolti dal Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza. Negli ultimi dieci anni, si è osservato un aumento del numero di minori che vivono fuori dalle proprie famiglie (circa 32.000). Questo incremento coincide con il maggior numero di affidi familiari che sono passati dai 10.200 del 1999 ai 16.800 del 2007. L'accoglienza dei servizi residenziali è rimasta invece sostanzialmente stabile (14.945 bambini nel 1999 a fronte dei 15.600 del 2007).

Per quanto riguarda la distribuzione di bambini e adolescenti che vivono fuori dalle famiglie, si registra un'oscillazione fra le diverse ripartizioni territoriali compresi fra il livello massimo della Liguria (5,8 ogni 1000 bambini di 0-17 anni) e il valore minimo del Molise (1,2 ogni 1000). La differenza più marcata fra i diversi territori della penisola è individuata nel maggior ricorso delle Regioni del centro-nord all'affido familiare e nella prevalenza, al sud, dell'accoglienza dei servizi residenziali. Rispetto alle caratteristiche dei minori in essi inseriti, prevalgono nettamente gli adolescenti prossimi alla maggiore età ed aumenta l'incidenza della componente maschile, caratteristiche dovute entrambe soprattutto alla crescente presenza di utenza straniera.

Venendo al tema dell'utilizzo della comunità residenziale come strumento di tutela e di cura, vorrei innanzitutto ri-affermare quella che parrebbe essere un'ovvietà e cioè che è necessario che la scelta del collocamento in comunità rappresenti la risposta più appropriata ai bisogni del minore e della sua famiglia. A garanzia di ciò è opportuno che essa si inserisca a valle di un articolato processo diagnostico e prognostico sulla recuperabilità delle figure genitoriali alle proprie funzioni e sulla vulnerabilità/resilienza del minore come possibilità di elaborare la sofferenza traumatica.

Il mio riferimento teorico è qui alla psicopatologia dello sviluppo come approccio ecologista ed interazionista che studia le traiettorie evolutive e gli esiti adattivi o disfunzionali attraverso i paradigmi rischio/protezione e vulnerabilità/resilienza.

Come ricorda Ammanniti (2010), questa prospettiva parte dal presupposto che il bambino sia guidato da tre sistemi di regolazione che interagiscono fra loro:

1. il genotipo ossia l'organizzazione genetica e biologica che regola la dimensione corporea del soggetto;
2. il fenotipo ossia le caratteristiche individuali del bambino che, nel percorso di crescita, sviluppa competenze ed acquisisce capacità autoregatorie;
3. l'ecotipo ossia le caratteristiche dell'ambiente sociale prossimale (la famiglia) e distale (la rete sociale) che regolano le interazioni con il soggetto.

Per poter valutare la condizione di rischio evolutivo per un determinato bambino diventa allora necessario studiare le interazioni dinamiche fra fattori genetici, individuali ed ambientali e bilanciarli con un'analisi delle caratteristiche di vulnerabilità e di resilienza del soggetto. In questo modo, si può superare sia il modello di una causalità di tipo lineare fra fattori di rischio e danno evolutivo, sia il modello di tipo multifattoriale che prevede il

⁴ Si possono attualmente distinguere le seguenti tipologie di strutture residenziali: comunità familiare, comunità educativa, comunità di pronta accoglienza e comunità alloggio o gruppo appartamento per adolescenti. Quanto ai modelli organizzativi, la legge differenzia la comunità di tipo familiare, gestita da operatori residenti con l'ausilio di varie figure, da quella educativa che prevede la presenza, su turni, di un gruppo multiprofessionale di operatori.

superamento cumulativo di una soglia limite (Emiliani, Bastianoni 1993).

Consideriamo ora le dinamiche del sistema-bambino con il sistema genitoriale. L'interesse è per lo studio della dimensione intersoggettiva all'interno della quale vengono co-costruite interazioni e rappresentazioni della relazione bambino-genitori. Questa regolazione interattiva varia e si rimodella nel tempo (Rutter 1991) esitando in forme adattive o disfunzionali che dipendono dai tre sottosistemi coinvolti (Belsky 1984):

1. il sistema-bambino con le sue caratteristiche
2. il sistema-genitori con le sue peculiarità
3. il contesto sociale all'interno del quale le relazioni si sviluppano.

Gable e collaboratori (1992) considerano questi 3 elementi come parti di un sistema più ampio, definito "Developing Family System", che può promuovere traiettorie normali o psicopatologiche di sviluppo a seconda che funzioni o meno come ambiente mediamente prevedibile. A questo proposito, la letteratura documenta ampiamente come nelle famiglie in cui si manifestano fenomeni di grave trascuratezza, maltrattamento o abuso, il bambino non possa fruire di un ambiente di crescita affidabile. Infatti la traumaticità caratterizza la stessa qualità della relazione di attaccamento e le situazioni di discoria/maltrattamento non sono altro che l'espressione sintomatica della disfunzione familiare.

Gli studi sulle conseguenze di questo tipo di traumi riguardano sia l'impatto sulle traiettorie di sviluppo in età evolutiva e adolescenziale che sulla salute mentale nel medio-lungo termine. Le "implicazioni sono principalmente riferite a modificazioni sostanziali sul piano neurobiologico, ritardi cognitivi, comportamenti disfunzionali quali l'aggressività, disturbi della condotta, abuso di sostanze nonché ad associazioni riscontrate con lo sviluppo di quadri psicopatologici e disturbi di personalità in età adulta" (Ammanniti 2010, p.99). Per quanto riguarda specificatamente l'abuso, vi sono indubbie evidenze di come esso costituisca un serio fattore di rischio per lo sviluppo di psicopatologia in età adulta (Collinshaw, Pickles, Messer et. Al. 2007).

L'analisi delle conseguenze dell'abuso/maltrattamento sullo sviluppo non si esaurisce tuttavia nel rilevare l'eventuale presenza di sintomatologia. Infatti, per poter comprendere la risposta del bambino al trauma è necessario tenere conto di altri fattori quali: l'età, la fase evolutiva in cui egli si trova, la specifica dinamica intrapsichica che funge, in quel momento, da organizzatore dello psichismo, le caratteristiche di vulnerabilità/resilienza.

La consultazione dell'équipe di Tutela Minori diviene quindi un processo di valutazione multiprofessionale e multidimensionale (sia lungo la direttrice sociale che quella psicologica/psichiatrica) per arrivare a definire il progetto di tutela e di cura più adeguato per il minore e la sua famiglia.

La diagnosi psicosociale risulterà dall'incrocio fra gli esiti delle diverse fasi diagnostiche nonché dall'osservazione della capacità della famiglia di utilizzare le valenze terapeutiche, offerte da questo tipo di consultazione, per attivare cambiamenti.

A partire dagli esiti prognostici della valutazione delle capacità genitoriali, viene poi definito un progetto lungo un continuum di possibilità che ha ad i suoi estremi:

- *una prognosi positiva* come condizione che consente l'articolazione di interventi psicosociali di controllo e di cura della coppia genitoriale e di tutela e di cura del minore;
- *una prognosi negativa* che configura invece la necessità di individuare un progetto alternativo di crescita filiale che risponda agli specifici bisogni del minore.

Il progetto di tutela e di cura residenziale del bambino o dell'adolescente dovrebbe essere il più possibile condiviso e partecipato fra l'équipe di Tutela, il Tribunale e la famiglia e, per questo motivo, è necessario che la struttura sia stabilmente integrata nella rete territoriali

dei servizi. La Comunità può allora rispondere con specifica professionalità a due principali finalità:

- *vicariare le funzioni genitoriali* temporaneamente carenti o inadeguate, consentendo ai genitori naturali di affrontare i necessari percorsi di recupero sanitario, psichiatrico o sociale. Da quanto detto, si evince che non attribuisco alla comunità una funzione di cura della genitorialità disfunzionale perché ritengo più efficace che di ciò si occupino i Servizi specialistici della rete territoriale cui spettano, per competenza, le funzioni di riabilitazione psicologico/psichiatrica. Questa distribuzione delle funzioni di cura fra i soggetti istituzionali, nell'ottica della forte integrazione di cui già si è detto, crea una sinergia di spinte trasformative sulla famiglia e sostiene i processi di differenziazione per il recupero di distinti ruoli genitoriali e filiali.
- L'altra finalità cui può rispondere la Comunità è quella di *sostituire le figure genitoriali* non recuperabili alle proprie funzioni per cronica disfunzionalità, morte o abbandono del minore.

In entrambi i casi, la Comunità residenziale si pone come punto di ingresso e di uscita da e verso la rete dei servizi ossia come progetto-ponte fra la separazione dalla famiglia ed il ritorno ad essa oppure, qualora non sia possibile, verso una nuova forma di crescita filiale.

L'efficacia dell'azione della comunità si gioca sulla capacità di trovare punti di equilibrio nella progettazione e verifica che dovrebbero investire sia la progettualità verso l'esterno (ossia integrazione e differenziazione dalle altre istituzioni della rete) che interna rispetto al proprio staff ed all'utenza. Lo sbilanciarsi infatti verso uno dei due versanti rischia di snaturare la Comunità privandola della peculiarità di poter articolare la dimensione del sociale con quella dell'individuale, del pubblico con quella del privato, del contesto coatto con quello riparativo, della funzione di controllo con quella di sostegno e della temporaneità della cura del singolo con quella della permanenza nel tempo del suo essere istituzione.

Vorrei concludere il mio intervento accennando a come la comunità possa funzionare come campo di cura residenziale del danno evolutivo e contesto attivatore di resilienza.

La Comunità si propone al minore con la qualità di "un ambiente terapeutico globale" per la cura quotidiana del Sé. Essa si caratterizza per il caldo clima relazionale in grado di offrire responsabilità e sintonizzazione affettiva e per la condivisione di routine giornaliere che trasmettono affidabilità e prevedibilità. Queste caratteristiche del campo residenziale comunitario rappresentano, nella fase iniziale, uno strumento di protezione del minore e di stabilizzazione del suo Sé traumatizzato. Più a lungo termine, la cura residenziale può rappresentare per il bambino o l'adolescente l'opportunità per una risignificazione di sé, della propria storia e delle relazioni con i familiari.

Utilizzando come cornice teorico-clinica le più recenti acquisizioni della psicotraumatologia, propongo di identificare le seguenti fasi del processo di cura:

1. l'accoglienza del minore, come tempo di incontro e di protezione;
2. l'offerta di sicurezza e stabilità come cura della condizione di rischio psicosociale;
3. il sostegno all'integrazione del Sé come cura della sofferenza traumatica;
4. l'offerta di un ambiente che stimoli la resilienza del bambino per favorire traiettorie di sviluppo adattive.

Per ragioni di tempo, non posso entrare nel merito e perciò rimando, coloro che fossero interessati, all'articolo che ho scritto per il volume sulle comunità, curato dalla nostra Associazione, di prossima pubblicazione.

Posso tuttavia così sintetizzare il percorso della cura residenziale: nella fase iniziale l'obiettivo è quello di garantire al minore una condizione di protezione, di sicurezza e di

stabilizzazione mentre, in quella conclusiva, l'offrire opportunità di arricchimento e di potenziamento del Sé. E' infatti caratteristico osservare che il minore torna ad occuparsi del proprio corpo, del proprio ambiente di vita (sia in senso materiale che affettivo), delle relazioni sociali, dell'impegno scolastico spesso trascurato.

Per quanto riguarda invece il lavoro sulla resilienza, si tratta di offrire al minore stimoli che sollecitino la sua capacità di autonomia e di iniziativa ed opportunità che lo aiutino a scoprire la sua capacità di fronteggiare le difficoltà con resistenza e successo. Queste competenze si sviluppano nella dimensione relazionale e si consolidano attraverso tutte le esperienze che favoriscono una buona autostima, un sentimento di autoefficacia e di valorizzazione del Sé. La resilienza non è quindi una caratteristica data una volta per tutte bensì una qualità in divenire, frutto del patrimonio individuale e dell'esperienza passata, e motore per la progettualità futura. Proprio quest'ultimo aspetto rappresenta l'obiettivo conclusivo della cura in comunità del minore: lo sviluppo o la ripresa di un interesse per il proprio futuro, la curiosità per ciò che ci sarà, la possibilità di avere aspettative, desideri e ambizioni da declinare in progetti personali che lo accompagnino alla realtà che lo attende dopo la sua dimissione.

(Tratto da Ghisotti N. "Le Comunità residenziali per i minori come strumento di tutela e di cura nella rete dei servizi territoriali", in Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M. (a cura di) *La realtà della comunità terapeutica per psicotici, borderline, minori: oltre il mito*. In corso di pubblicazione)

Bibliografia

- Ammaniti M. (a cura di) (2010) *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Bastianoni P., Taurino A. (a cura di) (2009) *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma, Carocci Faber.
- Cicchetti D., Cohen D.J. (1995) (a cura di) *Developmental Psychopathology*, New York, Wiley.
- Collinshaw S. et al. (2007) Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, pp. 211-229.
- Emiliani F., Bastianoni P. (1993) *Una normale solitudine. Percorsi teorici e strumenti operativi della comunità per minori*. Roma, Carocci.
- Gable S., Belsky J., Crnic K. (1992) Marriage, parenting, and child development: Progress and prospects. *Journal of Family Psychology*, 5, pp. 171-180.
- Ghisotti N. (2005) Progetti di tutela per minori in età evolutiva: integrazione fra ruoli e percorsi istituzionali. In Vigorelli M., op. cit.
- Ghisotti N., Perego F. (2003) Riflessioni sulla cura della famiglia maltrattante/abusante. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 33, 5.
- Herman, J.L. (1992) *Guarire dal trauma*. Tr. it Roma, Edizioni Magi, 2005.
- Maccallini A., Di Berardo G., Vigliani C. (a cura di) (2003) *Quale comunità per quale minore. Esperienze a confronto*. Milano, Franco Angeli.
- Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Rutter M. (1988) *Studies of psychosocial risk. The power of Longitudinal Data*. Cambridge, Cambridge University Press.

- Rutter M. (1991) "Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties". In Cicchetti, D., Carlos V. (a cura di) *Child Maltreatment*. Cambridge University Press.
- Sameroff A.J., Lewis M., Miller S.M. (a cura di) ((2000) *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York, Springer.
- Scheeringa M.S. (2004) Posttraumatic Stress Disorder. In Delcarmen-Wiggins, R., Carter, A.S. (a cura di) *Handbook of Infant, Toddler and Preschool Mental Health Assessment*. New York, Oxford University Press, pp. 377-397.
- Sroufe L.A., Rutter M. (1984) The domain of developmental psychopathology. In *Child Development*, 83, pp. 173-189.
- Speranza S., Zavattini G.C. (1999), Il modello di sviluppo in psicoanalisi: Daniel Stern. In Lis, Stella, Zavattini, *Manuale di Psicologia dinamica*, Il Mulino, Bologna
- Stern D. N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (a cura di) (2004) *Stress traumatico*. Tr. It. Roma, Magi, 1996.
- Van der Kolk B.A. (2005) Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. In *Psychiatric Annals*, 35, 5, pp. 401-498.
- Vigorelli M. (a cura di) (1994) *Istituzione fra inerzia e cambiamento*. Torino, Bollati Boringhieri.
- Vigorelli M. (a cura di) (2005) *Il lavoro della cura nelle istituzioni*. Milano, Franco Angeli.