

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:

Le comunità terapeutiche. Psicotici, borderline, adolescenti, minori di Ferruta A., Foresti G., Vigorelli M., Raffaello Cortina Editore, Milano 2012

LE COMUNITÀ RESIDENZIALI PER I MINORI COME STRUMENTO DI TUTELA E DI CURA NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Norma Ghisotti

Premessa

Occuparsi di comunità residenziali per minori significa affacciarsi su una realtà multiforme di strutture che intervengono, su indicazione del Tribunale per i Minorenni o del Tribunale Ordinario, a tutela e a supporto di bambini e adolescenti in condizione di pregiudizio per la disfunzionalità del loro ambiente familiare.

L'intervento delle comunità residenziali non si esaurisce tuttavia all'ambito civile ma si estende anche a quello penale¹: il giudice minorile può infatti 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.

.....

Considerata la complessità di questo ambito di intervento di rete, ho scelto di circoscrivere le mie riflessioni alla specificità del lavoro di comunità per la tutela e la cura dell'infanzia in condizione di elevato rischio psicosociale².

Ho suddiviso il presente lavoro in due parti:

- nella prima descrivo il passaggio culturale e giuridico dall'istituzionalizzazione dei minori, come mera forma di custodia, alla tutela come strumento di protezione sociale affidata alla collaborazione fra i sistemi giudiziario, sociale e sanitario;
- nella seconda, alla luce della prospettiva ambientale ed interazionista fatta propria dalla Psicopatologia dello Sviluppo, propongo un modello di comunità come campo di cura residenziale del danno evolutivo e contesto attivatore di resilienza³.

Come cerniera fra le due parti, ho inserito una vignetta clinica scelta per esemplificare l'integrazione dei servizi territoriali che possono essere coinvolti su un singolo caso e la necessità di articolare la funzione della cura a quella della tutela nel trattamento dei minori che vivono in famiglie con genitorialità gravemente disfunzionale.

¹ Le comunità che collaborano con il sistema giudiziario penale si distinguono in due tipologie: Centri di Prima Accoglienza che ospitano, per un tempo molto breve, i minorenni arrestati e Comunità Alloggio che accolgono, per periodi di medio-lungo termine, i soggetti sottoposti all'istituto della messa alla prova o affidati in prova ai Servizi Sociali come misura alternativa alla pena.

² Emiliani e Bastianoni hanno definito il rischio psicosociale come "tutte quelle condizioni a carico dell'individuo e/o dell'ambiente che possono comportare un danno evolutivo" (1993, p.13).

³ Il concetto di "resilienza", nato e sviluppatosi negli Stati Uniti, si riferisce ad un tratto complesso della personalità in cui convergono molteplici fattori di varia natura (temperamentali, cognitivi, emotivi, familiari, sociali, esperienziali..) che, con la loro azione congiunta, mobilitano le risorse dell'individuo per difendersi e superare l'impatto causato da eventi stressanti o traumatizzanti. Di fronte agli eventi stressanti, la resilienza dà infatti luogo a risposte flessibili difensive e riparative che si adattano alle diverse circostanze ed esigenze del momento.

PARTE PRIMA: LA COMUNITÀ RESIDENZIALE PER I MINORI COME STRUMENTO DI TUTELA

Il processo di deistituzionalizzazione dei minori e la nascita delle comunità residenziali

La pratica di istituzionalizzazione dei minori in orfanotrofi o in Istituti di Educazione Speciale ha rappresentato, per lungo tempo, la risposta della società civile e delle comunità locali all'urgenza di togliere l'infanzia abbandonata dalla strada e di garantire forme di assistenza primaria incentrate sulla soddisfazione di bisogni essenziali (fornire un luogo di crescita sicuro e cure regolari), senza nessuno specifico progetto.

.....

Dopo la fine della seconda guerra mondiale, grazie al crescente sviluppo della psicologia dell'età evolutiva, della psicoanalisi infantile e dell'Infant Research, sono stati progressivamente evidenziati gli effetti negativi della pratica dell'istituzionalizzazione sullo sviluppo psicologico e sociale dei minori. Fra gli altri, gli studi di Spitz (1945), di Bowlby (1973, 1980, 1988) e di Bronfenbrenner (1979) hanno evidenziato come la separazione precoce e prolungata dalla madre costituisca un danno potenzialmente irreversibile sullo sviluppo psichico del bambino soprattutto in assenza di un sostituto adeguato quale non poteva essere offerto né dagli istituti (per il clima poco affettivizzato) né dai manicomi (luoghi di potenziali abusi e maltrattamenti).

.....

Anche in Europa, sono state avviate numerose sperimentazioni secondo modelli molto differenziati fra loro, tanto che ancora oggi permane una notevole disomogeneità di orientamenti e la difficoltà di valutare gli esiti di efficacia dei progetti residenziali.

.....

L'Italia, con due leggi di settore (L.184/1983 e L.149/2001), si adegua al principio che ogni bambino abbia diritto di crescere come figlio e che, a fronte dell'incapacità della sua famiglia naturale a prendersene cura, abbia diritto ad una famiglia alternativa oppure all'inserimento in una struttura di tipo familiare. Viene inoltre fissata per il 2006 la chiusura definitiva degli Istituti per l'infanzia.

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 italiano basato sulla valorizzazione della prossimità territoriale dei Servizi di cura ed assistenza alla persona e sulla promozione della salute e del benessere del cittadino. 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.

La legislazione internazionale ed italiana come strumento di promozione e di tutela dei diritti dell'infanzia

Nel corso dell'ultimo secolo si è sviluppato un crescente interesse per l'infanzia e per il riconoscimento giuridico dei suoi diritti. Ciò ha consentito un rovesciamento della prospettiva adultocentrica cui era ispirata la legislazione nelle sue varie discipline fra cui il diritto di famiglia.

In ambito internazionale, questo cambiamento di paradigma culturale è stato assimilato attraverso la promulgazione di Convenzioni che hanno introdotto l'idea del bambino come

soggetto attivo di diritti umani fondamentali⁴ oltre che passivo in quanto bisognoso di cure e di protezione. Questa prospettiva ha ispirato la Convenzione sui Diritti del Fanciullo (ONU, 1989) che, ratificata in quasi tutto il mondo, costituisce oggi una *magna charta* dei diritti dell'infanzia ed anche la Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti del fanciullo (Strasburgo 1996) che riconosce il bambino quale parte processuale autonoma.

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 essa diviene formazione sociale 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.

Nell'ultimo ventennio, l'attenzione politica e sociale sul tema della protezione e della tutela dell'infanzia è stata ulteriormente rafforzata da alcune leggi che è necessario ricordare brevemente:

- 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 vittima di abuso;
- due anni più tardi, 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;
- con la legge n.154/2001, volta al contrasto della violenza intrafamiliare, il legislatore ha introdotto nuove misure di tutela sia in ambito civile (ordini di protezione della persona offesa) che penale (misure cautelari per il soggetto violento quali l'allontanamento dalla casa familiare e il divieto di avvicinarsi ai luoghi frequentati dalla famiglia). L'applicazione della norma ha il duplice scopo di prevenire il pericolo del consumarsi di reati di violenze fisiche e morali (minacce, intimidazioni, pressioni e molestie psicologiche) che di recuperare i rapporti all'interno della famiglia con la prescrizione di interventi di controllo/sostegno da parte dei servizi sociali territoriali e dei centri di mediazione familiare. A ciò si aggiunge la recente legge (L.38/2009) di contrasto alla violenza sessuale ed allo stalking (molestie persistenti) che prevede aggravanti e procedibilità d'ufficio qualora la parte offesa sia un minore.

.....

La nascita dei Servizi per la tutela dei minori⁵

Il convergere delle spinte politiche, culturali e legislative sopra tratteggiate ha portato, dagli anni '90, alla nascita di équipe multiprofessionali che si sono specializzate nella tutela dei minori e poi all'istituzionalizzazione delle stesse con la creazione di Servizi.

Ancora oggi appare, con chiarezza, il carattere disomogeneo e frammentario che caratterizza, sia livello regionale che nazionale, l'organizzazione dei servizi che si occupano di tutela e di cura psicosociale dell'infanzia. Infatti, diversamente da quanto avviene in altri paesi, non esistono in

⁴ La Convenzione affianca a diritti del bambino universalmente riconosciuti, quali il diritto al nome, alla sopravvivenza, alla salute ed all'istruzione, una serie di nuove prerogative come il diritto all'identità legale, il rispetto della privacy, della dignità e libertà d'espressione.

⁵ Considerata la disomogeneità delle équipe per la tutela dei minori e la molteplicità delle denominazioni con cui esse vengono indicate, in questo lavoro mi riferirò ad esse con la dicitura generica di Servizi per la Tutela dei Minori.

Italia norme che regolano il sistema di protezione dell'infanzia in modo integrato ed omogeneo (Bertotti, 2004).

Pur essendo l'Ente Locale titolare della competenza in materia di minori, frequenti sono state, soprattutto nel passato, le deleghe alle UssL per la presenza nel loro organico di psicologi. Nel corso degli anni tuttavia molti Comuni si sono via via dotati della consulenza di professionisti tanto che, ad oggi, i Servizi per la Tutela dei Minori possono essere:

- gestiti direttamente dall'Ente Locale attraverso il Servizio Sociale
- esternalizzati in forme di consorzi intercomunali o in partnership con il privato sociale
- delegati all'Asl.

La questione dell'appartenenza del Servizio, o addirittura delle singole figure professionali dell'équipe, all'area sanitaria o sociale oppure ad entrambe (nei casi in cui l'assistente sociale lavora per il Comune e lo psicologo per l'ASL) appare tutt'altro che irrilevante. Essa infatti disegna un campo istituzionale di intervento più o meno complesso con significative ricadute sulla possibilità di integrazione delle culture istituzionali di riferimento, delle prassi operative, delle tempistiche d'intervento e delle scelte progettuali.

Questo problema dell'integrazione fra gli interventi psicosociali di tutela e quelli di cura ha conosciuto, nell'ultimo decennio, due forme di risposta.

.....

Fra le numerose risposte al problema dell'integrazione degli interventi socio-sanitari, vorrei ricordare il modello che si sta sperimentando in Toscana negli ultimi anni. Questa regione ha scelto la soluzione organizzativa delle Società della Salute: si tratta di consorzi pubblici, senza scopo di lucro, i cui titolari sono le ASL ed i Comuni locali. Le Sds hanno come principale finalità la salute ed il benessere della comunità (e non solo l'offerta di prestazioni) e si propongono di favorire la partecipazione diretta dei cittadini, attraverso le loro rappresentanze associative, nel processo di progettazione dei servizi sociosanitari.

Rispetto all'ambito minorile, sono state definite procedure per l'integrazione dell'operatività e per l'individuazione di un "case manager" che possa fare da referente, fra i servizi, per il minore e la sua famiglia (Teodori, Rogialli 2008).

Il campo istituzionale dei Servizi per la Tutela dei Minori

Nel definire i soggetti e le dinamiche che contraddistinguono questa area di lavoro e di ricerca, come campo di intersecazione fra il sistema sociale, quello sanitario e quello giudiziario, è necessario dedicare particolare attenzione all'utenza cui essa si rivolge. Occuparsi infatti della tutela e della cura di bambini in condizione di grave rischio psicosociale significa rivolgersi a soggetti che, nella maggior parte dei casi, non portano una domanda di aiuto all'esterno del sistema familiare. Ciò deriva, da una parte, dall'età e quindi dalla limitatezza delle risorse in una fase evolutiva in cui il bambino dipende ancora completamente dall'adulto. Dall'altra, è invece da ricondursi al fatto che spesso il bambino traumatizzato non ha cognizione della propria situazione ed ha un contatto solo parziale con la propria sofferenza. La sua confusione è di continuo alimentata dal diniego o dalla dissociazione con cui i genitori eludono la consapevolezza della gravità delle proprie difficoltà e del rischio/danno che al figlio ne deriva.

Il disagio avvertito dal minore, non riconosciuto in famiglia, 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 configura quindi la necessità di attivare un contesto coatto di presa in carico (Malacrea 1993) attraverso la segnalazione al Tribunale per i Minorenni. Infatti, come abbiamo sopra ricordato, i

recenti dispositivi di legge prevedono che, in caso di conflitto di interesse fra il minore ed i suoi genitori, prevalga la tutela del primo. E' quindi sancito l'obbligo, per numerose categorie professionali di segnalare all'Autorità competente la notizia di minori che si trovino in situazioni gravemente pregiudizievoli al loro benessere.

La costruzione di un contesto coatto avviene attraverso un provvedimento del Tribunale per i Minorenni che, dalla sua chiamata in causa, diventa il garante del complesso di interventi a protezione ed a sostegno del minore e della sua famiglia.

.....

Mi preme piuttosto sottolineare come ciò presupponga l'attivarsi di terzi 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. E' importante precisare che questo organo giudiziario non esercita un'azione penale nei confronti degli adulti 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, ha efficacemente 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 interrompano e correggano quei comportamenti rischiosi o dannosi che hanno dato l'avvio all'intervento di tutela. Il decreto del Tribunale per i Minorenni costringe quindi i genitori a recarsi presso i servizi mettendoli in una condizione fattuale, altrimenti assai improbabile, di apertura di possibilità, permette cioè ad essi ed agli operatori un incontro che altrimenti neppure avverrebbe (Ghezzi, 1996).

Per poter svolgere il mandato di tutela e di cura psicosociale, i Servizi per la Tutela dei Minori si avvalgono, come soggetto curante, di un'équipe multidisciplinare composta solitamente da assistenti sociali e psicologi ma talvolta anche da neuropsichiatri infantili, pedagogisti ed educatori.

.....

L'attenzione posta alla differenziazione di ruoli e competenze ed al mantenimento degli stessi nel tempo, si accompagna ad un'altrettanto costante verifica 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.

La composizione multidisciplinare dell'équipe e la sua integrazione nella rete dei servizi territoriali, consentono dunque di intervenire su livelli diversi della multiproblematicità che caratterizza le famiglie maltrattanti o 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 familiari 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 ed 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.

Dalla consultazione alla formulazione del progetto di tutela e di cura per il minore e la sua famiglia

Le famiglie afferenti ai Servizi di Tutela appaiono caratterizzate (Ghisotti, 2005) da un deficit della capacità di mentalizzare: ciò produce un continuo ricorso all'agito e rende impossibile, perché impensabile, qualsiasi progettualità. Anche l'interiorizzazione delle coordinate temporali risulta carente. Mancano un prima ed un dopo che sorreggano la consequenzialità degli eventi esterni e delle significazioni interne. Il piano della fantasia non è stabilmente separato da quello della realtà e la dimensione del concreto spesso domina lo psichismo, incapace di elevarsi a livello simbolico.

Una prima modalità per agire in modo trasformativo su questo assetto dello psichismo familiare è quello di strutturare gli interventi dei Servizi per la Tutela secondo una successione di fasi i cui confini siano marcati in modo manifesto. Questo scandire il percorso istituzionale in una serie di passaggi chiari 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 gli eventi ma anche i significati e le possibili conseguenze di scelte che diventano via via manifeste.

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

.....

Alla segnalazione di una situazione che si configuri come di possibile pregiudizio per un minore, il Servizio di Tutela risponde con un'attività di raccolta di informazioni sullo stesso e sulla famiglia che ha la finalità di valutare la condizione di rischio psicosociale. Se l'esito è positivo, viene inoltrata una segnalazione alla Procura⁶, presso il Tribunale per i Minorenni, la quale decide se archiviare la richiesta di intervento oppure chiedere un provvedimento civile di protezione. In questo caso, il Tribunale per i Minorenni emette un mandato con il quale prescrive alla famiglia, al Servizio di Tutela ed ai servizi della rete territoriale, l'attivazione di funzioni di controllo (conoscitive, diagnostiche, di tutela) o di supporto (assistenziali, terapeutiche o riabilitative) per il minore ed i suoi famigliari.

Per chiarezza espositiva, individuo tre tipologie principali di mandati:

- *mandato conoscitivo*, con il quale il Tribunale chiede un approfondimento della situazione del minore e del suo nucleo attraverso un'indagine psicosociale;
- *mandato valutativo* con il quale viene chiesto ai Servizi della rete di esprimersi in termini diagnostici e prognostici sulla condizione di sviluppo del minore, sulla qualità delle relazioni familiari e sulla recuperabilità delle capacità genitoriali;
- *mandato esecutivo* con il quale il Tribunale richiede l'immediata protezione del minore da parte del Servizio di Tutela (collocamento in comunità di pronta accoglienza, affido eterofamiliare, ecc.).

Dall'esperienza che ho maturato in questi anni, ritengo che le situazioni più complesse da gestire siano quelle in cui il Tribunale incarica diversi servizi della rete territoriale di eseguire una pluralità

⁶ Presso il Tribunale per i Minorenni, si trova la Procura della Repubblica per i Minorenni. È l'ufficio del Pubblico Ministero, organismo diverso e distinto dal Tribunale. Composto unicamente da magistrati togati, esercita l'azione penale nei confronti dei minorenni imputati di reato e richiede al Tribunale per i Minorenni i provvedimenti civili a protezione dei minori.

di valutazioni diagnostiche e di integrarle in un quadro complessivo multidimensionale e multiprofessionale che possa esprimere una prognosi sulla recuperabilità genitoriale ed indirizzare il progetto per i minori. Per i servizi coinvolti si tratta dunque di prevedere un tempo sufficientemente lungo, ma circoscritto, in cui riuscire ad articolare una lettura delle dinamiche familiari ed intergenerazionali che hanno portato al prodursi del disfunzionamento genitoriale ed a una condizione di rischio o danno per il minore. La consultazione diviene quindi un processo valutativo, articolato in quattro passaggi, con funzione diagnostica e prognostica (sia lungo la direttrice sociale che quella psicologica/psichiatrica) per arrivare a definire il progetto di tutela e di cura più adeguata per il minore.

Nelle prime due sottofasi (1. psicodiagnosi del minore e rilevazione della condizione di rischio/danno evolutivo; 2. valutazione delle capacità genitoriali come bilanciamento fra fattori di rischio, di protezione e di stress), l'équipe compie una lettura della situazione sociale e psichica che il sistema familiare presenta al momento della segnalazione, 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 trascurante, maltrattante o abusante a sviluppare una prima conoscenza dei propri conflitti sprofondati nell'invisibilità sotto la spinta degli agiti che hanno prodotto i sintomi.

Si tratta sia di aiutare i genitori a comprendere il rischio/danno evolutivo in cui si trova il bambino che di introdurre elementi a protezione di quest'ultimo che limitino le conseguenze delle disfunzionalità familiari.

Nelle altre due sottofasi (3. valutazione della vulnerabilità/resilienza del bambino come possibilità di elaborare la sofferenza traumatica; 4. valutazione della recuperabilità genitoriale), l'équipe attua un collegamento fra la dimensione del presente e quella del futuro. L'obiettivo è quello di valutare quali risorse siano mobilitabili in ciascun genitore (anche in termini di acquisizione di consapevolezza e motivazione al cambiamento) e quale sia la capacità del minore ed il suo ritmo di risposta al possibile modificarsi dell'adulto.

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

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 dai Servizi referenti per il caso.

Potremmo così riassumere le funzioni di sostegno della rete istituzionale di tutela:

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

A partire dagli esiti prognostici della valutazione delle capacità genitoriali, viene poi definito un progetto per il minore lungo un continuum di possibilità (vedi scheda di approfondimento) 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 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.

E' importante precisare che la formulazione del progetto deve necessariamente riferirsi alla valutazione incrociata delle competenze genitoriali con i bisogni e le risorse/vulnerabilità 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 esempio quando vi sono i requisiti per l'adozione di un minore e l'affido di un altro).

La Comunità residenziale per i minori come strumento di tutela

.....

L'idea della comunità come soggetto istituzionale, radicato nel proprio tessuto sociale ed in stretto collegamento con i servizi del territorio, comporta un duplice fronte di lavoro per il suo staff:

- *uno che si rivolge all'esterno* e che riguarda la condivisione culturale e la compartecipazione tecnica alle attività di progettazione del territorio locale in ambito minorile. La Comunità rappresenta infatti una possibile risorsa, fra le altre, per rispondere al bisogno collettivo di protezione sociale dell'infanzia e di intervento vicariante la genitorialità disfunzionale. Ritengo inoltre che la condivisione della progettualità sul singolo caso possa essere efficace solo quando sia già stata attivata, su altri livelli, un'integrazione fra l'operatività della Comunità e quella dei servizi del territorio;
- un altro fronte di attività, cui è dedicata la seconda parte di questo lavoro, *è invece rivolto verso l'interno* e riguarda in modo specifico la cura dell'infanzia in condizione di rischio psicosociale attraverso lo strumento della residenzialità.

Ritengo che entrambi gli ambiti di intervento siano costitutivi della specificità del lavoro in Comunità e che l'efficacia della sua azione si giochi proprio sulla capacità di trovare punti di equilibrio nella progettazione e verifica che dovrebbero investire entrambi i versanti. Lo sbilanciarsi infatti verso l'interno, ossia verso una condizione di autoreferenzialità e di isolamento, così come verso l'esterno, con la perdita dell'integrazione o della differenziazione dalle istituzioni della rete, rischia di snaturare la Comunità privandola della peculiarità di poter articolare dimensioni fra loro antitetiche: quella 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.

Un altro aspetto su cui riflettere concerne l'opportunità che la Comunità residenziale sia effettivamente individuata dal Tribunale e dall'équipe di tutela come risposta più appropriata ai bisogni del minore e quindi si inserisca a valle del processo diagnostico descritto. Fanno eccezione a ciò quelle situazioni di urgenza che vengono gestite dai Servizi per la Tutela, in concerto con il Tribunale per i Minorenni, attraverso l'art.403 del Codice....

Si tratta di un provvedimento pensato dal legislatore per fronteggiare situazioni di eccezionale gravità ed urgenza nelle quali il minore viene protetto attraverso il temporaneo collocamento in Comunità in attesa della definizione di una progettualità più specifica. In questi casi, è preferibile la scelta di una struttura che si sia specializzata nella funzione della pronta accoglienza e che quindi sappia intervenire in condizioni di elevata traumaticità per tutti i soggetti coinvolti (utenza ed operatori). Vorrei anche ricordare che, in questo ambito, si colloca la difficile e preziosa attività delle Comunità segretate che, in collaborazione con i Centri antiviolenza alla donna, offrono tempestiva accoglienza alle madri che vogliono proteggere se stesse ed i propri figli dai rischi che potrebbero derivare dal prolungarsi della convivenza con il coniuge maltrattante. Purtroppo la richiesta all'Autorità Giudiziaria di allontanamento del soggetto violento dall'abitazione familiare ha ancora tempi di risposta troppo lunghi ed esiti incerti da rendere necessario il ricorso alla Comunità come forma urgente di protezione.

In tutti gli altri casi, quando c'è la possibilità di conoscere in modo approfondito la situazione del minore, la scelta del collocamento in comunità dovrebbe essere il più possibile condivisa e partecipata fra la famiglia, l'équipe di tutela ed il Tribunale ed, anche per questo motivo, è necessario che la struttura sia stabilmente integrata nel sistema dei servizi. La Comunità residenziale 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 (come nel caso di ricoveri, cura delle dipendenze, carcerazioni, condizioni di marginalità sociale ...);
- *sostituire le figure genitoriali* non recuperabili alle proprie funzioni per cronica disfunzionalità, morte o abbandono del minore.

In entrambi i casi, la Comunità residenziale per l'età evolutiva 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 (affido eterofamiliare, adozione, comunità alloggio per adolescenti ...)

La funzione di tutela, prescritta dal Tribunale, su proposta della rete dei Servizi territoriali, può dunque trovare nella Comunità residenziale un luogo istituzionale in cui prendere forma. Per poter svolgere con efficacia questo compito, tuttavia è essenziale che lo staff responsabile degli aspetti di indirizzo e progetto della struttura lavori affinché la Comunità sia fortemente integrata nella rete dei Servizi socio-sanitari e giudiziari e sia sufficientemente differenziata da essi per potersi occupare, con piena responsabilità, della specificità del lavoro della cura residenziale. Ciò richiede, alla Comunità, lo sviluppo di competenze specifiche dell'area della tutela minorile come la condivisione di cultura e linguaggio giuridico per poter dialogare con i Tribunali, la conoscenza degli strumenti di intervento sociale per collaborare con le équipe di tutela e del sapere psicologico/psichiatrico per cooperare con i Servizi sanitari.

Soltanto da questo tipo di integrazione culturale può discendere una metodologia di lavoro condivisa, modellizzata e soggetta a verifiche periodiche, che orienti l'operatività quotidiana e renda gli interventi sinergici sul singolo caso.

*Il caso di Emanuele*⁷

.....

PARTE SECONDA: LA COMUNITÀ RESIDENZIALE PER I MINORI COME STRUMENTO DI CURA

In questa parte del lavoro, descriverò come la Comunità residenziale possa funzionare da "ambiente terapeutico globale" rifacendomi alla tradizione del pensiero psicoanalitico ed alle esperienze di cura istituzionale che ad esso si sono ispirate⁸.

Oltre all'esercizio della funzione di tutela di cui abbiamo già detto nelle pagine precedenti, la Comunità si propone al bambino mal-trattato come un luogo, pensato nella sua globalità, per la cura quotidiana del suo Sé. Lo strumento di protezione, crescita e riparazione è rappresentato dalla relazione con "adulti significativi in uno spazio [...] caratterizzato da routine condivise e da un caldo clima relazionale in grado di ridurre la catena di reazioni negative sostenuta da una

⁷ A cura di Paola Cazzaniga, psicologa psicoterapeuta, Consulente Tecnico d'Ufficio.

⁸ Winnicott, 1965; Bettelheim, 1950; Redl, Wineman, 1951; Rutter, 1988; Emiliani, Bastianoni, 1993.

prolungata esposizione a condizioni di rischio psicosociale e di eventi critici” (Emiliani, Bastianoni 1993.)

Possiamo declinare la funzione della cura in obiettivi terapeutici più specifici in virtù dei quali l’inserimento del minore in comunità può rappresentare l’opportunità per una risignificazione di sé, della propria storia e delle relazioni con i familiari. Ciò risulta indispensabile sia quando è possibile un recupero della genitorialità ed il rientro del bambino in famiglia ma anche quando deve essere individuato, a causa di una prognosi negativa, un ambiente di crescita alternativo ad essa.

Utilizzando come cornice teorico-clinica le più recenti acquisizioni della psicotraumatologia e della psicopatologia dello sviluppo, 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.

Da quanto detto, si evince che non attribuisco alla comunità una funzione di cura della genitorialità disfunzionale o delle relazioni familiari perché ritengo più efficace che di ciò si occupino i Servizi specialistici della rete territoriale cui spettano, per competenza, le attività 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.

Un’altra funzione fondamentale che la Comunità residenziale, come altri Servizi, è chiamata a svolgere è quella dell’aggiornamento e supervisione dell’équipe. Ciò consente, da un lato, di mantenere aggiornate le competenze in un settore in cui la ricerca è in continua espansione, dall’altro di monitorare l’efficacia del gruppo di lavoro bonificandolo dalle angosce che attiva il contatto prolungato con la sofferenza grave e con la responsabilità della tutela. Per questi motivi, vorrei brevemente richiamare, nel prossimo paragrafo, alcune recenti acquisizioni della psicotraumatologia e della psicopatologia dello sviluppo che possono servire da cornice teorico-clinica per impostare la progettualità della cura residenziale dei minori.

La Comunità come laboratorio di conoscenza: capire per poter curare

La Psicopatologia dello Sviluppo⁹ rappresenta un approccio ecologista¹⁰ ed interazionista che studia le traiettorie evolutive e gli esiti adattivi o disfunzionali dello sviluppo 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 e acquisisce capacità autoregolarie;
3. *l’ecotipo* ossia le caratteristiche dell’ambiente sociale prossimale (la famiglia) e distale (la rete sociale) che regolano le interazioni con il soggetto.

⁹ In questo approccio si riconoscono autori come Sroufe e Rutter (1984), Sameroff (2000) Lewis (2000), Cicchetti, Cohen (1995) e Thelen e Ulrich (1991).

¹⁰ Il modello di riferimento per la teorizzazione dello sviluppo infantile è quello ecologico di Bronfenbrenner (1979) che studia l’interazione dinamica e continua fra l’individuo ed il suo ambiente prossimale e distale.

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 supera il modello di una causalità sia di tipo lineare, fra fattori di rischio e danno evolutivo, che di tipo multifattoriale con il 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 da tre sottosistemi (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*" (fig.2), 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 discuria/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 indubbe 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 si trova, la specifica dinamica intrapsichica che funge, in quel momento, da organizzatore dello psichismo, le caratteristiche di vulnerabilità/resilienza.

.....

Per quanto riguarda la possibile, non automatica, risposta sintomatica al trauma possiamo fare riferimento alla diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress (DSM IV-TR) che raggruppa i sintomi in 3 tipologie:

1. *sintomi intrusivi* attraverso i quali il bambino rivive l'evento traumatico (giochi ripetitivi, incubi notturni, flashback, episodi dissociativi, intenso disagio in risposta a fattori scatenanti interni o esterni che ricordano o simbolizzano la situazione traumatica...);
2. *sintomi di evitamento*, non presenti prima del trauma, con cui il bambino manifesta un persistente evitamento degli stimoli associati al trauma, un'attenuazione della reattività generale, appiattimento emotivo;
3. *sintomi persistenti di iperallerta* con esagerate risposte di allarme, difficoltà nella concentrazione, nell'addormentarsi, nel modulare la vigilanza.

Nonostante la ricerca confermi che la sintomatologia post-traumatica emersa in età evolutiva possa mantenersi pressoché inalterata anche per trent'anni (Morgan, Scourfield, Williams, et al. 2003), l'inquadramento diagnostico in infanzia è complesso e necessita della messa a punto di classificazioni e strumenti di valutazione specifici. Come si è detto, la traumaticità può essere esperita dai bambini in maniera molto differente: per le caratteristiche costituzionali del soggetto, la fase evolutiva in cui si presenta e per le dinamiche di bilanciamento fra i fattori protettivi e la capacità di resilienza.

Per la diagnosi del disturbo in età prescolare Scheeringa (2004) ha individuato criteri alternativi, a quelli adultomorfi del DSM, di cui la ricerca conferma l'efficacia (Ammanniti 2010). Sono i seguenti: perdita di abilità evolutive precedentemente acquisite, periodi di aggressività, nuovo periodo di ansia da separazione e nuove paure che non hanno apparente relazione con il trauma.

Nella stessa direzione, si colloca anche il Manuale Diagnostico Psicodinamico che, nella categoria "Disturbo Traumatico da Stress" (Asse IEC riferito alla primissima infanzia), descrive reazioni specifiche dell'età evolutiva allo stress e al trauma inserendo fra i criteri una possibile alterazione dell'esame di realtà (come conseguenza dell'uso del diniego), stati confusionali dovuti al riattivarsi di ricordi e regressione al pensiero magico.

Da ultimo, vorrei ricordare come da ampia parte della comunità scientifica, si senta l'esigenza di introdurre una nuova diagnosi che descriva la costellazione sintomatologica dei bambini che hanno esperito traumi prolungati, soprattutto di natura interpersonale, ad esordio precoce, nell'ambiente di accudimento. La proposta che è stata fatta è di indicarla nel DSM V, di prossima pubblicazione, come "Disturbo post-traumatico complesso". Van der Kolk (2005), per esempio, ritiene necessario un cambiamento della prospettiva diagnostica in senso eziologico per puntualizzare la natura ed il timing degli stressors che configurano una condizione di crescita traumatizzante. Per il valore euristico di questa proposta e per la sua efficacia clinica riporto in una scheda di approfondimento, la descrizione del "Developmental Disorder Trauma".

L'accoglienza in Comunità del minore: il tempo dell'incontro e della protezione

La fase dell'accoglienza del minore è di un'estrema delicatezza perché la sua separazione dalla famiglia è innaturale sia che dipenda dalle circostanze concrete, determinate dal comportamento dei genitori, che dalle valutazioni della rete dei Servizi di tutela. Il collocamento in comunità rappresenta innanzitutto il suo allontanamento dall'ambiente familiare e, per quanto rappresenti indubbiamente il male minore, resta un'esperienza che il bambino non sceglie ma subisce. Al suo arrivo in comunità, egli si trova quindi in una condizione di impotenza che contiene in sé una certa quota di traumaticità. È frequente che sperimenti uno stato di confusione e di allarme o di ritiro emozionale in cui la stessa capacità di comprendere si flette.

La prima funzione che la Comunità può allora attivare è quella di accogliere il bambino nell'angoscia e nel dolore della separazione e nel disorientamento dell'incontro con una realtà sconosciuta che gli si mette a disposizione.

Le modalità con le quali egli può esprimere o nascondere il suo disagio sono davvero molto varie e spaziano dalle forme più evidenti e partecipabili a quelle più silenziose e precluse alla condivisione. Il tempo dell'incontro è quello in cui la Comunità si adatta con flessibilità alla sofferenza ed alle esigenze del bambino offrendo le prime forme di stabilità: un educatore di riferimento, un ascolto sempre attivabile, un'osservazione attenta di tutte le forme di comunicazione verbale e paraverbale. È il tempo della conoscenza in cui gli operatori possono cominciare a costruirsi una propria rappresentazione di quel minore di cui hanno già sentito raccontare dai Servizi della rete.

Incontrare la comunità per il bambino significa invece fare l'esperienza di un ambiente di crescita che vuole essere presente nella funzioni di protezione e di cura per tutto il tempo che occorre. È

già questa una condizione trasformativa perché lo accoglie in una relazione in cui i ruoli sono definiti, differenziati ed asimmetrici affinché la responsabilità sia chiaramente degli adulti e le necessità quelle del bambino.

La fase dell'accoglienza dovrebbe dunque essere dedicata ad accompagnare e sostenere il minore in questo sforzo di affidarsi in cui l'impotenza ed il disorientamento iniziale possano gradualmente trasformarsi nell'accettazione di una condizione, non minacciosa, di dipendenza dall'adulto.

Offrire sicurezza e stabilità come cura della condizione di rischio psicosociale

Dal punto di vista giuridico il collocamento del minore in comunità coincide con l'allontanamento da un sistema familiare disfunzionale in cui i fattori di rischio sopravanzano quelli protettivi ed in cui il singolo bambino, con la sua personale vulnerabilità, è esposto a rischi evolutivi.

A seconda della gravità dei casi, può essere prevista l'interruzione, più o meno temporanea, della relazione filiale oppure la sua prosecuzione nelle forme protette più indicate per le esigenze del minore (rientri periodici in famiglia, visite del genitore in comunità, visite monitorate da un operatore ...).

Dal punto di vista del bambino trovarsi in un ambiente protetto non significa automaticamente sentirsi al sicuro. Ciò può dipendere da due fattori: dal fatto che egli non ha potuto costruirsi un saldo senso di sicurezza (come nei soggetti che hanno sviluppato un attaccamento disorganizzato) oppure perché la fiducia di base è stata danneggiata ed egli nutre sentimenti ambivalenti rispetto alla possibilità di affidarsi nuovamente. La cura residenziale può allora avere come obiettivo prioritario quello di aiutare il bambino a lasciarsi andare al bisogno di fidarsi oppure di accedere finalmente a questa dimensione della relazione. La Comunità deve pertanto presentarsi come un ambiente sufficientemente prevedibile cioè che consente la formazione di aspettative e che non attiva sentimenti di paura ed allarme.

Una delle modalità con cui può essere trasmessa questa sensazione di affidabilità è quella di organizzare la quotidianità attorno a routine che, proprio per il loro essere ripetitive, rendono la vita in comunità familiare e rassicurante. Sperimentare le routine e le regole che scandiscono, per esempio, la cura del corpo, i ritmi della giornata, l'utilizzo degli spazi, la turnazione degli operatori, consente al bambino di conoscere in anticipo alcune caratteristiche dell'ambiente comunitario, di potersi formare delle aspettative che verranno poi confermate con regolarità. Ciò alimenta il senso di avere un certo controllo sulla propria vita e di essere al sicuro. La stabilità che offre una salda organizzazione della giornata in comunità può quindi essere interiorizzata dal minore e contribuire ad allentare il suo bisogno di mantenere una vigilanza continua su quanto gli accade intorno.

Un'altra funzione che contribuisce a stabilizzare il bambino traumatizzato è quella di offrire un'adeguata sintonizzazione e responsività ai suoi bisogni fisici e psicologici ed ai suoi comportamenti. Parlando di sintonizzazione, mi riferisco a quel processo, teorizzato da Stern (1985), in virtù del quale madre e figlio comunicano in modo non-verbale cercando di accoppiare in modo sintonico i propri stati affettivi.

.....

La Comunità, nella pluralità delle relazioni che offre, può consentire questa gamma di esperienze preziose che, nel loro insieme, trasmettono al minore un messaggio molto rassicurante: la salda, affidabile motivazione e capacità degli operatori di tenerlo in relazione in modo continuativo. Anche quando la sintonia venga a mancare o si presenti la conflittualità, l'ambiente comunitario può rispondere al bambino con puntualità e attenzione personalizzata. Si tratta infatti di offrire la garanzia che le discontinuità relazionali che egli ha sperimentato in famiglia, in modo

traumatizzante, non si ripresenteranno più, neppure quando sarà egli stesso, per un principio di coazione e ripetere, a riproporle alla comunità.

Vorrei infine ricordare un'ulteriore funzione che gli operatori possono attivare in questa fase: è quella di raccogliere informazioni, con gli strumenti dell'osservazione e dell'ascolto, sul livello di sviluppo del bambino rispetto alle diverse dimensioni di funzionamento del Sé e della relazione. E' significativo che siano evidenziate tanto le risorse/competenze quanto le vulnerabilità, disadattamenti o patologie perché soltanto da questo quadro articolato è possibile sviluppare una progettualità individualizzata che corregga, bilanci o ripari le traiettorie evolutive.

Il sostegno all'integrazione del Sé come cura della sofferenza traumatica

Si è detto che la responsività e la sintonizzazione affettiva, offerte dal campo terapeutico della comunità, consolidano il senso del Sé del bambino. La continuità degli scambi con queste qualità relazionali alimenta infatti il sentimento di coerenza e di coesione del Sé consentendo una ripresa dello sviluppo bloccato o reso disadattivo dal ripetersi delle traumaticità. A questo proposito, vorrei ricordare che la letteratura specialistica¹¹ descrive diverse modalità di adattamento psicologico del bambino ad un ambiente prevaricante: l'utilizzo di capacità dissociative, di modalità patologiche di regolazione degli stati emotivi e la frammentazione dell'identità.

Per poter sopravvivere psicologicamente ad un ambiente prevaricante, il bambino può infatti sviluppare una certa abilità nell'alterare lo stato di coscienza attivando stati dissociativi. Quando cioè le sue capacità adattive sono insufficienti per fronteggiare la realtà, egli può ricorrere alla dissociazione che "sgancia" dal processamento cognitivo ed affettivo porzioni di esperienza intollerabili. In questo modo, il bambino preserva dal danno alcune aree del suo Sé ma rende inaccessibili i nuclei esperienziali traumatici che restano nella sua mente in uno stato di non-integrazione.

In condizioni di ripetuta ed elevata traumaticità, il bambino non acquisisce la capacità di regolare le emozioni connesse al sistema simpatico (rabbia, paura, gioia) o parasimpatico (vergogna, disgusto, disperazione): la normale modulazione e variabilità degli stati emotivi lascia il posto ad un sottofondo persistente di disforia, un insieme di confusione, solitudine, senso di vuoto e di agitazione, a partire dal quale si possono animare stati di panico e di disperazione.

Per quanto riguarda infine lo sviluppo dell'identità, dobbiamo tenere presente che la necessità principale del bambino, ancora completamente dipendente dal caregiver, è quella di salvaguardare il legame primario. Attraverso "un'identificazione con l'aggressore" egli trova più tollerabile sentire di meritare i maltrattamenti o gli abusi di cui è vittima piuttosto che pensare di essere in balia di genitori sadici o disinteressati. La mancata protezione e la sopraffazione vengono attribuite alla propria indegnità e questo vissuto viene utilizzato come pietra angolare per la costruzione dell'identità. Il bambino può inoltre pensare che, sforzandosi di essere degno di amore, anzi perfetto, potrà riacquisire il controllo della relazione con gli adulti e preservarsi da ulteriori danni. Su queste rappresentazioni idealizzate e squalificate del Sé, dal carattere frammentario e rigido, il bambino si costruisce un'identità instabile e contraddittoria. Sono dunque queste le caratteristiche della sofferenza traumatica in età evolutiva sulle quali può agire in senso trasformativo la Comunità promuovendo processi integrativi e di regolazione adattiva del Sé.

La prima dimensione di lavoro è quella cognitiva: non è rara infatti l'evenienza che il bambino faticosi a costruirsi una rappresentazione del Sé come traumatizzato. La capacità di mentalizzare diminuisce sotto la spinta della traumaticità fino a venir meno: al suo posto restano eventi

¹¹ Van der Kolk (2004), Herman (1992).

concreti, del tutto spogliati di significati, ed isole frammentate di memoria sensoriale o emozionale. Diviene quindi necessario accompagnare il bambino, tenendo conto della sua età, sensibilità, risorse e fragilità, in un lentissimo e graduale percorso di comprensione della sua situazione familiare e personale e del percorso che lo ha condotto alla Comunità.

.....

Credo che sia necessario ritornare su questi temi tutte le volte che il minore esprime il bisogno di farlo per poter recuperare un ricordo, un significato, per guardare da altre prospettive allo stesso evento in un processo di continua risignificazione della propria storia che via via si arricchirà di affetti, di pensieri, di emotività. Questo complesso processo di recupero delle esperienze vissute ha come obiettivo quello di consentire al bambino di poter pensare alla traumaticità evitando di riesperirla in forme improvvise ed incomprensibili (come negli incubi, nei giochi ripetitivi, negli stati dissociativi) che non fanno che aumentare il suo senso di inadeguatezza. Particolarmente importante è lo sviluppo della capacità di modulazione ed espressione dell'emotività in forme socialmente adeguate.

.....

L'offerta di un ambiente che stimoli la resilienza del bambino per una favorire traiettorie di sviluppo adattive

.....

Si può quindi affermare che, mentre nella fase iniziale della cura residenziale l'obiettivo è quello di garantire al bambino una condizione di protezione e di sicurezza, in quella conclusiva la priorità diviene l'offrire opportunità di espansione del Sé. In questa fase del percorso di cura, è infatti caratteristico osservare che il minore torna ad occuparsi del proprio corpo, delle sue funzioni, del suo ambiente di vita (sia in senso materiale che affettivo), delle proprie relazioni sociali, dell'impegno scolastico spesso trascurato.

La vita quotidiana come progetto condiviso e reso accessibile da adulti significativi e, in quanto tali, stabili nel tempo e affettivamente disponibili diventa strumento essenziale perché possa compiersi il processo di cambiamento nella percezione di sé e delle proprie capacità che rappresenta il criterio dell'efficacia dell'intervento realizzato dalla comunità. [...] La funzione terapeutica [di quest'ultima si esprime nel] produrre una perturbazione, un cambiamento nelle aspettative e nella realtà relazionale vissuta dal soggetto. "Perturbare", in questo caso, significa disconfermare una percezione negativa di sé, ingabbiata entro ruoli e codici stereotipati, avvertiti come immutabili ..." (Emiliani, Bastianoni 1993, corsivo mio).

Le linee evolutive lungo le quali promuovere e sostenere il cambiamento sono ovviamente quelle che più sono state danneggiate e che riguardano la regolazione delle emozioni, il controllo del comportamento, la costruzione di una rappresentazione di Sé più coesa e coerente, lo sviluppo di maggiori competenze sociali.

.....

Rispetto alle vulnerabilità caratteristiche dei bambini traumatizzati, vorrei solo menzionare la pervasività di stati emozionali improntati

- alla paura, che restringe il campo vitale e il piacere di esprimersi, di sperimentare novità e di affrontare cambiamenti;
- al senso di colpa e di indegnità, come estremo sforzo di riprendere il controllo su di sé e sul proprio ambiente di crescita;

- alla vergogna, come tentativo di costruire una rappresentazione meno frammentata del Sé attorno ad un nucleo di disvalore, di indegnità, di inadeguatezza.

Sebbene possa essere necessario un intervento di psicoterapia per modificare questi adattamenti disfunzionali alla traumaticità, ritengo che la Comunità possa svolgere un'importante funzione correttiva della rappresentazione che il bambino ha di sé. Specchiandosi infatti nelle relazioni educative, egli può ritrovare la capacità di nutrire curiosità per se stesso, il coraggio di affidarsi all'idea che gli altri hanno sulle sue potenzialità, la speranza di poter maturare e costruirsi nuove competenze. Paura, colpa e vergogna sono dunque funzionali a tenere il Sé bloccato in un movimento di estrema contrazione ed ad alimentare l'illusione di avere il controllo sul proprio futuro.

Per quanto riguarda invece il lavoro sulla resilienza, si tratta in sostanza di offrire al bambino stimoli che sollecitino la sua capacità di autonomia, di iniziativa e opportunità che lo aiutino a conoscere la sua capacità di fronteggiare le difficoltà con resistenza e successo. Queste capacità 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 individuale 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 bambino traumatizzato: lo sviluppo di un interesse per il proprio futuro, la curiosità per ciò che ci sarà, la possibilità di avere delle aspettative, desideri, ambizioni da declinare in progetti personali che riguardino la scuola, le amicizie, l'uso del tempo libero.

Proteggere gli operatori dall'affaticamento empatico o traumatizzazione vicaria

Anche agli operatori più esperti, se non hanno avuto l'opportunità di avere una formazione specifica rispetto alla cura del trauma, può accadere di sentirsi improvvisamente incompetenti, inadeguati, profondamente sfiduciati nelle proprie capacità professionali. L'esposizione a traumi ripetuti può infatti causare, nel tempo, un effetto cumulativo che corrode il senso di autoefficacia professionale.

.....

Con il termine di "compassion fatigue" (affaticamento empatico o traumatizzazione vicaria) ha voluto indicare l'effetto specifico che la relazione con il soggetto gravemente traumatizzato può avere sull'operatore. I sintomi che quest'ultimo può sviluppare sono molteplici e sovrapponibili a quelli che il DSM ascrive al quadro del DPTS. Si tratta dunque di una sintomatologia che può riguardare:

- l'area cognitiva (con difficoltà di concentrazione, rigidità, disorientamento, pensieri dannosi su di sé e su gli altri ...);
- l'area del comportamento (irritabilità, ritiro in se stessi e dalle attività, ipervigilanza ...)
- l'area somatica (difficoltà respiratorie, problemi cardiaci, vertigini, aumento del numero e dell'intensità delle malattie ...)
- l'area relazionale-affettiva (abbassamento del tono dell'umore, ansia, senso di colpa, sentimenti di impotenza e di rabbia ...).

Figley (2002) ci propone un modello multifattoriale del processo di sviluppo dell'affaticamento empatico.

.....

Possiamo dunque capire perché sia fondamentale per una “buona manutenzione” della professionalità dell’operatore vigilare sullo stress residuo: se il livello si innalza e si mantiene elevato, si configura il rischio appunto della traumatizzazione vicaria.

.....

Per quanto riguarda i progetti di prevenzione, essi hanno l’obiettivo di migliorare e sviluppare i seguenti aspetti della professionalità dell’operatore:

- conoscenza delle problematiche inerenti la traumatizzazione vicaria
- conoscenza di sé e della propria tolleranza allo stress traumatico
- capacità di mantenere una condizione di distanza emotiva adeguata dalla sofferenza del soggetto traumatizzato
- capacità di sentirsi soddisfatto e motivato nello svolgimento della professione.

Sono stati poi definiti anche protocolli di intervento, che utilizzano le tecniche del pronto soccorso psicologico, del defusing e del debriefing, per gestire le emozioni di gruppi professionali (personale del pronto soccorso, della protezione civile, delle forze dell’ordine, ad esempio) che siano stati esposti a situazioni ad elevato impatto traumatico. E’ auspicabile che, quanto prima, essi possano essere estesi anche alle professioni di aiuto che svolgono la loro azione nell’area psicosociale. In modo ancor più specifico, ritengo essenziale che questi strumenti vengano messi a disposizione degli operatori impegnati nei progetti di tutela e cura dell’utenza minorile per via delle fortissime risonanze emotive che comporta l’occuparsi di bambini gravemente traumatizzati.

Conclusioni

In questo lavoro ho cercato di mostrare come la Comunità possa essere un efficace strumento di tutela e di cura dell’infanzia a rischio psicosociale.

Per articolare le due funzioni, non in contrasto fra loro, occorre che essa sviluppi una progettualità su un duplice versante: quello esterno, per essere parte integrante della rete dei Servizi territoriali socio-sanitari e giudiziari, e quello interno per rendere la progettualità educativa sinergica con le altre dimensioni di protezione e di cura individuate per il minore.

A partire dalla mia esperienza, ritengo che il collocamento in Comunità non possa rappresentare la sola risposta ai bisogni complessi del bambino traumatizzato: occorre piuttosto una progettualità multidimensionale che definisca un percorso riparativo sia dell’ambiente di crescita (nel senso di un suo recupero o di un’eventuale sostituzione) che del danno evolutivo che il Sé del bambino ha subito. Abbiamo oggi a disposizione modelli di psicoterapia specifici per la cura della sofferenza traumatica che possono efficacemente essere integrati con il lavoro della cura residenziale.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2006) *PDM. Il Manuale diagnostico psicodinamico*. Tr. It. Milano, Raffaello Cortina Editore 2008.
- American Psychiatric Association (2000) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)* Tr. It. Milano, Masson, 2002.
- Ammaniti M. (a cura di) (2010) *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Aparo A., Casonato M., Vigorelli M. (a cura di) (1999) *Modelli genetico-evolutivi in psicoanalisi*. Bologna, Il Mulino.
- Bastianoni P., Taurino A. (a cura di) (2009) *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma, Carocci Faber.
- Belsky J. (1984) The determinants of parenting: a process model. In *Child Development*, 55, pp.83-96.
- Bettelheim B. (1974) *Psichiatria non oppressiva. Il metodo della Orthogenic school per bambini psicotici*. Tr. It. Milano, Feltrinelli, 1976.
- Bertotti T. (2004) La tutela dei minori: mutamenti, rischi e potenzialità. *Prospettive sociali e sanitarie*, N. 5/6.
- Bollini, A. (2002) Contributo su Le riforme legislative in atto. Non pubblicato.
- Bowlby J. (1973) *Attaccamento e perdita*, vol. 2. *La separazione dalla madre*. Tr. It. Torino, Boringhieri 1975.
- Bowlby J. (1980) *Attaccamento e perdita*, vol. 3. *La perdita della madre*. Tr. It. Torino, Boringhieri 1983.
- Bowlby J. (1988) *Una base sicura*. Tr. It. Milano, Raffaello Cortina, 1989.
- Bronfenbrenner U. (1979) *Ecologia dello sviluppo umano*. Tr. it. Bologna, Il Mulino, 1986.
- Cicchetti D., Cohen D.J. (1995) (a cura di) *Developmental Psychopathology*, New York, Wiley.
- Cirillo S., Di Blasio P. (1989), *La famiglia maltrattante*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- 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.
- De Zulueta F. (1993) *Dal dolore alla violenza*. Tr. It. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Emiliani F., Bastianoni P. (1993) *Una normale solitudine. Percorsi teorici e strumenti operativi della comunità per minori*. Roma, Carocci.
- Ferruta A., Foresti G., Pedriali E., Vigorelli M. (a cura di) (1998) *La comunità terapeutica. Tra mito e realtà*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Figley C.R. (2002) *Treating Compassion Fatigue*. New York, Brunner-Routledge.
- Gable S., Belsky J., Crnic K. (1992) Marriage, parenting, and child development: Progress and prospects. *Journal of Family Psychology*, 5, pp. 171-180.
- Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di) (1996) *La tutela del minore*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- 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.
- Goleman D. (1998) *Lavorare con l'intelligenza emotiva*. New York, Bantam Books. Tr. it. Milano, Rizzoli, 2000.
- Herman, J.L. (1992) *Guarire dal trauma*. Tr. it Roma, Edizioni Magi, 2005.
- Kindlon D., Thompson M. (1999) *Intelligenza emotiva per un bambino che diventerà uomo*. Tr. It. Milano, Rizzoli, 2000.

- Maccallini A., Di Berardo G., Vigliani C. (a cura di) (2003) *Quale comunità per quale minore. Esperienze a confronto*. Milano, Franco Angeli.
- Malacrea M. (1993) Il minore maltrattato: 'riparazione' o 'protezione'? *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 11, 5-7.
- Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Morgan L., Scourfield J., Williams D., Jasper A., Lewis G. (2003) The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *British Journal of Psychiatry*, 182, pp.532-36.
- Redl F., Wineman D. (1951) *Children who hate: the disorganization and breakdown of behavior controls*. New York, Free Press.
- Redl F., Wineman D. (1952) *Controls From Within: Techniques for the Treatment of the Aggressive Child*. New York, Free Press.
- 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 Assesment*. 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
- Spitz, R.A. (1945) Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, vol. 1, pp.53-73.
- Stern D. N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino 1987.
- Thelen E., Ulrich B.D. (1991) Hidden skills: A dynamic system analysis of treadmill stepping during the first year. In *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 56, pp. 1-104.
- 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.
- Winnicott, D.W. (1965) *Sviluppo affettivo e ambiente*. Tr. It. Roma, Armando, 1970.