

maltrattamento e abuso sul minore

I quaderni del professionista

3

**Valutazione e recuperabilità
del danno evolutivo
e delle competenze genitoriali
nel maltrattamento
dell'infanzia e adolescenza**

raccomandazioni per gli operatori

 Regione Emilia-Romagna

Collana
Maltrattamento e abuso sul minore
I quaderni del professionista



3

Valutazione e recuperabilità
del **danno evolutivo**
e delle **competenze genitoriali**
nel **maltrattamento**
dell'**infanzia e adolescenza**

raccomandazioni per gli operatori

luglio 2020

Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori

Coordinamento di Mariagnese Cheli e Monica Pedroni

Hanno collaborato: Anna Ortolani, Mariagrazia Bacchini, Renzo Balugani, Doriana Chiuchiu, Daniele Di Girolamo, Emanuela Fanzini, Daniela Ferrini, Luisa Lombardi, Franca Magnani, Tiziana Mori, Alice Parmiani, Alessandra Parpinello, Emanuela Sani, Daniela Scrittore, Gloria Soavi, Laura Turrini, Tiziana Valer, Cristina Vignali, Dario Vinci

La pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con il Servizio Politiche sociali e socio educative della Regione Emilia-Romagna. Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli e Barbara Domenicali

Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La collana «Maltrattamento e abuso sul minore - I quaderni del professionista» è curata dal Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna. Responsabile: Luca Barbieri, referente: Michela Bragliani

[Consulta i volumi precedenti:](#)

1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale
2. Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, luglio 2020

Indice

Presentazione	7
Introduzione	9
Capitolo 1 - Conoscere i principali ostacoli nel processo di valutazione	13
1.1 Primo ostacolo - Rischio di sottovalutare/sovrastimare il danno evolutivo	13
1.2 Secondo ostacolo - Scarsa attitudine a diagnosticare gli effetti traumatici prodotti da maltrattamento/abuso o a dedurre la presenza di un “trauma” senza una solida esplorazione diagnostica	13
1.3 Terzo ostacolo - Insufficienti pratiche basate sull’evidenza	14
1.4 Quarto ostacolo - Carenza di strumenti dedicati alla valutazione di recuperabilità delle capacità genitoriali	14
1.5 Quinto ostacolo - La relazione all’Autorità Giudiziaria	15
1.6 Sesto ostacolo - Attuale organizzazione dei servizi	15
1.7 Settimo ostacolo - I provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria come marca di contesto dell’intervento	16
Capitolo 2 - Adottare un approccio multiprofessionale e multidisciplinare	17
2.1 La normativa della Regione Emilia-Romagna e la necessaria integrazione dei sistemi di tutela e cura	17
2.2 La prospettiva ecologica dello sviluppo	19
2.3 I rischi del mancato confronto multi-professionale e il ruolo dei fattori emotivi sugli stili operativi	20
2.4 Un dispositivo da promuovere: la consulenza multidisciplinare	22
Capitolo 3 - Fasi del processo e contesto della valutazione	23
3.1 Le fasi dell’intervento	23
3.2 I diversi contesti della valutazione	27
3.3 Focus di approfondimento: capacità genitoriali e violenza domestica	29
3.4 Focus su Psichiatria e SerT, nodi importanti della “rete”	31
Capitolo 4 - Le dimensioni da valutare	33
4.1 L’Assessment Framework e Il Modello process-oriented sui fattori di rischio e di protezione	33
4.2 La valutazione sociale	35
4.3 La valutazione educativa	37
4.4. La valutazione psicologica	40
4.5 Integrazione dei risultati e valutazione degli esiti	46
4.6 Esplorare il trauma nella storia del genitore	47
4.7 Leggere il cambiamento: gli indicatori prognostici di recuperabilità	48
4.8 Selezionare strumenti basati sull’evidenza	51

Capitolo 5 - Il diritto all'ascolto del minore di età	53
5.1 Il diritto all'ascolto nella giurisprudenza	54
5.2 L'ascolto del minore di età nei servizi	55
5.3 La conoscenza diretta del bambino/adolescente nel servizio sociale	55
5.4 Quando il bambino/ragazzo rivela spontaneamente il maltrattamento/abuso	59
Capitolo 6 - Conclusione e restituzione degli esiti	61
6.1 La restituzione alla famiglia come fase cruciale per il recupero delle capacità genitoriali	61
6.2 La restituzione alle Autorità Giudiziarie	64
6.3 La restituzione al figlio	66
Conclusioni	67
Bibliografia	71
Allegato A - <i>Fattori di rischio e fattori di protezione</i>	77
Allegato B - <i>Le funzioni genitoriali</i>	79
Allegato C - <i>Progettazione e Aree dell'Assessment Framework</i>	81
Allegato D - <i>Gli Organi giuridici</i>	93
Allegato E - <i>Gli Strumenti Educativi</i>	97

Presentazione

Il quaderno operativo sulla “Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell’infanzia e adolescenza” è il frutto di un importante lavoro svolto da professioniste e professionisti del nostro territorio regionale che, in virtù delle loro specifiche conoscenze e della loro comprovata esperienza in materia, ci hanno consegnato un compendio importante, orientato a ricomporre e sistematizzare riferimenti ed evidenze scientifiche, indicazioni normative e metodologie di lavoro.

Risponde pertanto alla reale necessità dei tante/i professioniste/i che quotidianamente si trovano ad affrontare situazioni difficili e laceranti di maltrattamento di minori, il cui compito è delicato ed estremamente complesso e faticoso, chiama in gioco emozioni, vissuti personali, reticenze e a volte anche pregiudizi.

Proprio per questo necessita di chiarezza scientifica, strumenti di diagnosi e valutazione evidence based e metodologie operative verificate nell’efficacia.

Il quaderno illustra in maniera diffusa questi strumenti e dispositivi di lavoro, richiamando però anche l’importanza del lavoro di rete e dell’integrazione tra istituzioni e servizi che entrano in campo nella tutela dei minori nel rispetto e nella necessaria considerazione del ruolo della famiglia e del contesto relazionale di vita dei bambini e degli adolescenti. Pone anche, come un tassello fondamentale del lavoro con i bambini vittime di maltrattamento e le loro famiglie, la necessità di un investimento maggiore nell’organizzazione dei servizi, affinché questi possano rispondere in tempi congrui rispetto alle dinamiche evolutive dei bambini e degli adolescenti e sappiano sostenere i loro operatori con la giusta formazione e supervisione, anche al fine di evitare situazioni eccessive di stress e burn out, così frequenti in quest’area di lavoro.

Come le “Linee d’indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso”, anche questo quaderno operativo è in gran parte frutto di esperienze già affermatesi sul territorio, rielaborate con l’intento di far emergere e condividere le migliori pratiche consolidate. Costituisce, infine, un primo utile tassello nel disegno di costruzione del sistema di qualità del percorso assistenziale e clinico dell’area della tutela dei minori che la Regione Emilia-Romagna intende intraprendere nei prossimi anni.

Nel ringraziare le professioniste ed i professionisti dei servizi sociali e sanitari che hanno collaborato alla stesura di questo documento, mi auguro che possa diventare uno strumento essenziale nella formazione degli operatori già sul campo, così come per le nuove “leve”, sia all’interno delle università che dei servizi territoriali di area sanitaria e sociale.

Sarà nostra cura diffonderne il più possibile contenuti e indicazioni.

Kyriakoula Petropulacos
Direttrice generale Cura della persona, salute e welfare
Regione Emilia-Romagna

Introduzione

Secondo la Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia del 1989 “*il minore ha il diritto di essere protetto contro ogni forma di violenza...*” (art.19), pertanto la rilevazione, la segnalazione e la protezione dei bambini vittime di maltrattamento e abuso sono il primo compito a cui i servizi di tutela sono chiamati a rispondere. La necessità di interrompere le condotte abusanti è determinata dalla gravità dei danni prodotti nelle principali funzioni dello sviluppo, tanto più gravi quanto più i maltrattamenti e gli abusi si verificano all'interno delle relazioni primarie di cura.

Il compito immediatamente successivo dei servizi è quello di realizzare una approfondita valutazione: del danno evolutivo nel bambino, delle competenze genitoriali e della loro recuperabilità.

Idealmente, la valutazione delle capacità genitoriali può fornire un contributo sostanziale nelle decisioni relative alla protezione e al benessere dei soggetti in età evolutiva, ma è contestualmente esposta al pericolo di restituire, nel peggiore dei casi, informazioni superficiali, errate, parziali, incongrue e/o irrilevanti, che violano i diritti relazionali del figlio e del genitore, rischiando di trasformare l'intervento dei servizi di protezione dell'infanzia in una pratica intrusiva o, nel peggiore dei casi, oppressiva (White, 2005; Budd, 2005).

Il principio generale “*primum non nocere*”, adottato in campo medico, dovrebbe valere anche nella protezione dei soggetti in età evolutiva (Bentovim e Al., 2009; Budd, 2005). Esso riguarda, in buona sintesi, il “giusto” equilibrio tra il diritto di un genitore di crescere il proprio figlio e il diritto del bambino alla propria salute psico-fisica di cui lo Stato deve farsi obbligatoriamente garante. Detto altrimenti, ci si interroga su quale sia l'obbligo dello Stato di proteggere quel bambino, qual è la soglia del danno che giustifica l'intervento dei servizi di protezione dell'infanzia e dell'Autorità Giudiziaria nella vita familiare, fermo restando il diritto del figlio minore di età a vivere nella propria famiglia, così come sancito nella Convenzione sui diritti del fanciullo¹.

La valutazione del danno evolutivo e/o del suo potenziale sviluppo è la soglia che deve, quindi, essere non solo stabilita per giustificare l'obbligatorietà dell'intervento, ma che deve anche essere condivisa con l'Autorità Giudiziaria competente, tra i servizi per la protezione e la cura dell'infanzia/adolescenza e, auspicabilmente, con la famiglia stessa, al fine di evitare interventi intrusivi o arbitrari nella sfera intima delle relazioni familiari.

Predisporre l'allontanamento di un bambino riguarda innanzitutto la protezione dal danno nell'ambiente originale: ciò implica che lo Stato ritiene il nuovo ambiente necessariamente migliore, più rispondente ai suoi bisogni e/o riparativo delle sue ferite evolutive. Tra i compiti che i servizi devono garantire vi è, quindi, anche la verifica che ciò si realizzi. Attenzione deve essere posta ai luoghi di accoglienza, alla loro capacità/flessibilità/disponibilità non solo ad accogliere chi è stato danneggiato, ma anche a scongiurare il rischio di polarizzare l'intervento di protezione, permettendo di “mantenere nella mente” sia il danno evolutivo che l'importanza dei legami familiari ai fini di un loro recupero. Accoglienza non solo limitata alla persona in crescita, quindi, ma anche ai suoi legami di attaccamento. Se l'allontanamento dalla famiglia di origine è una decisione sempre drastica, nei casi più gravi si rivela inevitabile: ciononostante essa, di per sé, può non essere sufficiente, nel lungo termine, a produrre necessariamente risultati migliori (Courtney, Dworsky e Al., 2006).

Il genitore potrebbe avere difficoltà a integrare efficacemente i vari servizi offerti quando questi ultimi non lo sono. In questi casi, il rischio è di ritenere il genitore responsabile di una mancata integrazione che dovrebbe, al contrario, competere ai servizi (Munro, 2005).

Si tratta di una questione sostanziale, poiché non è solo il tipo di maltrattamento o la sua gravità a predire il futuro benessere di un bambino non protetto tra le mura domestiche: la variabile critica è il livello di deficit nel *parenting* (Donald e Jureidini, 2004) e la possibilità di recuperare una relazione vitale con le figure di attaccamento. Questo ci chiedono i bambini e i ragazzi seguiti nei servizi di protezione e cura (Oliver, 2006, 2008). Per questa ragione è appropriato affiancare al termine valutazione quello di recuperabilità.

Il quesito cui siamo chiamati a rispondere è il seguente: vi sono sufficienti risorse all'interno della comunità, della famiglia estesa e dei servizi per sostenere i bambini nati in circostanze prossime

¹ http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2599&area=saluteBambino&menu=salutebambi

sfavorevoli per il loro sviluppo? Da una prospettiva socio-politica si tratta di un quesito molto importante, alla luce dei radicali e repentini cambiamenti sociali (ad esempio aumento della povertà, della mono genitorialità, delle famiglie provenienti da altri Paesi, ecc.). Ai servizi spetta il delicato compito di farsi lettori e interpreti di questi mutamenti, per non rischiare di operare politiche meramente assistenziali o, al capo opposto, interventi meramente valutativi (quindi rischiosamente giudicanti) alimentando, in tal modo, il già tangibile rancore mediatico riservato agli stessi servizi che si occupano di protezione e cura dell'infanzia e adolescenza.

La valutazione, come snodo del processo di intervento protettivo e di cura, dovrebbe giungere alla conclusione che il bambino è o non è riconosciuto nei propri diritti e bisogni fondanti il suo sviluppo.

I quesiti da porci, dal punto di vista dell'etica e della deontologia professionale, sono i seguenti: la mancata promozione del cambiamento in una specifica famiglia è dovuta all'incapacità di quella famiglia a cambiare? A interventi poco efficaci? Ad assetti organizzativi poco funzionali? Dunque, in positivo: quali variabili virtuose assicurano appropriatezza ed efficacia nel recupero delle capacità genitoriali? E quali sono i principali ostacoli di tali variabili, che gli operatori incontrano nella valutazione delle capacità genitoriali e della loro recuperabilità, che sostanziano la cosiddetta "complessità" dell'intervento?

Da tali quesiti imprescindibili ha preso corpo questo Quaderno, frutto del lavoro congiunto, multi e inter disciplinare di professionisti con consolidata esperienza nei servizi di tutela e cura dei minori di età, che hanno collaborato alla stesura delle *Linee regionali per l'accoglienza e la cura dei bambini e ragazzi vittime di maltrattamento e abuso*. Nel tentativo di individuare una risposta il più possibile esaustiva a tali quesiti, il gruppo di lavoro ha svolto un'attenta revisione della letteratura nazionale e internazionale sul tema oggetto di studio, prendendo spunto dalle ricerche anglosassoni svolte con i ragazzi che sono stati seguiti dai servizi sociali (si veda capitolo 5 - *Focus "I servizi sociali della tutela visti dai bambini e dai ragazzi: una revisione della letteratura anglosassone"*). Se è vero che il minore di età deve essere al centro di ogni riflessione/azione, è allora importante ascoltare ciò che dice, prima ancora di agire. Sarebbe pertanto auspicabile che anche nel nostro Paese siano sviluppate ricerche longitudinali in tale direzione, fondamentali per dare voce alle esperienze, per apprendere da esse e sviluppare una cultura riflessiva intra e inter servizi e enti. Questa sollecitazione costituisce la **prima Raccomandazione** che il gruppo estensore formula.

L'obiettivo di questo Quaderno è fornire una "mappa" nelle varie fasi del lavoro con i bambini/ragazzi e le loro famiglie quando sono presenti esigenze di tutela, ed è inteso come guida per sostenere pratiche basate sull'evidenza, sull'esperienza consolidata e multidisciplinare e interprofessionale. A tale scopo, ogni capitolo è corredato da raccomandazioni operative, nell'intento di fornire ai colleghi una guida al lavoro sociale, sanitario ed educativo nel complesso e delicato ambito della protezione e della tutela nei casi di maltrattamento e abuso.

Preme sottolineare che questo Quaderno è rivolto a tutti i professionisti coinvolti e coinvolgibili negli interventi di valutazione del danno evolutivo e della recuperabilità delle relazioni familiari. Esso parte dall'assunto che le informazioni, i dati emergenti e l'osservazione sistematica dovrebbero essere raccolti e valutati nel contesto di un quadro ecologico basato su teorie evolutive e psico-socio-educative confrontabili, fondate, il più possibile, su una solidità scientifica e una comprovata efficacia.

L'obiettivo dovrebbe essere quello di pervenire a una concettualizzazione del caso peculiare oggetto di studio che includa (i) una sintesi chiara delle conoscenze che conformano la valutazione, (ii) una descrizione del problema / preoccupazione, (iii) un'ipotesi sulla natura, l'origine e la causa del problema / preoccupazione, e (iv) un piano delle decisioni e/o degli interventi proposti orientati, auspicabilmente, alla riparazione del danno evolutivo là dove si è prodotto, attivando tutte le risorse prossimali e distali disponibili. *"La cornice di valutazione deve quindi fornire una struttura di sviluppo ecologica che, se utilizzata correttamente, garantisce un l'intervento multidisciplinare secondo procedure chiare, coordinate, collaborative"* (Brandon e Al., 2008) e emancipative.

Il progetto di un Quaderno regionale dedicato al tema della valutazione del danno evolutivo e della recuperabilità delle capacità genitoriali si integra con i precedenti Quaderni del Professionista², pensati e prodotti a supporto della rete degli operatori con l'intento di sostenere le buone pratiche, sollecitare il confronto tra le differenti realtà operative, garantire il necessario aggiornamento dei professionisti.

² Della collana "Quaderni del Professionista" fanno parte i quaderni già pubblicati: "Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legali"; "Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico"; "Violenza di genere. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legali".

Siamo consapevoli che fornire raccomandazioni che tengano conto di una fenomenologia così vasta e variegata non è affatto semplice, limita la possibilità di proporre indicazioni specifiche sulle modalità operative e sugli interventi appropriati per ogni singola situazione di maltrattamento. Anche per questa ragione, il presente quaderno è corredato da una serie di allegati, quali strumenti che possono integrarne la lettura.

Il nostro auspicio è che questo strumento possa sostenere l'appropriatezza degli interventi nelle giovani generazioni di professionisti della tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

Auguriamo ai nostri colleghi buona lettura!

Capitolo 1

Conoscere i principali ostacoli nel processo di valutazione

Dobbiamo riflettere sulle attuali criticità operative che sovente incontriamo nel nostro lavoro, almeno per due buone ragioni:

- tutto sommato, è questa capacità riflessiva che chiediamo ai genitori che valutiamo;
- lo sviluppo di buone pratiche professionali origina dalla mentalizzazione dell'esperienza, a partire dai vincoli e dalle risorse delle nostre realtà operative.

Attraverso una *review* della letteratura nazionale e internazionale sull'argomento, e suffragati dall'esperienza della pratica professionale, abbiamo individuato quelli che ci paiono i principali elementi di criticità: essi costituiranno le dimensioni di approfondimento oggetto di questo Quaderno e daranno forma agli orientamenti espressi attraverso le raccomandazioni che seguiranno.

1.1 Primo ostacolo - Rischio di sottovalutare/sovrastimare il danno evolutivo

Uno degli ostacoli più diffusi nelle pratiche dei servizi sociosanitari è il rischio di sottovalutare o sovrastimare il danno evolutivo prodotto sul figlio da una condizione maltrattante/abusante di vita, derivante da una ancora presente scarsa attitudine a disporre di una diagnosi *evidence based* del danno evolutivo come “bussola” dell'intervento di valutazione per il recupero delle capacità genitoriali.

La valutazione dovrebbe incentrarsi sui bisogni di sviluppo peculiari del bambino/adolescente e sulle caratteristiche della relazione genitore/figlio, piuttosto che sul funzionamento generale dell'adulto o della personalità, e includere le condizioni contestuali (variabili ambientali, sociali e storiche) che possono influenzare positivamente o negativamente l'adeguatezza del genitore. La scelta di adottare il modello ecologico nelle “*Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*” (D.G.R. n. 1677/2013) sollecita i professionisti ad una comprensione più appropriata dei diversi fattori in campo e del loro *interplay* in uno specifico ambiente, piuttosto che considerare solo i singoli attributi individuali di “vulnerabilità”. È questa attenta analisi processuale che, prendendo avvio dalla valutazione del danno evolutivo e procedendo con l'analisi dei fattori interagenti, è in grado di fornire informazioni utili per valutare le capacità genitoriali (Woodcock, 2003) giustificando, quindi, l'adozione di una prospettiva multidisciplinare.

Non casualmente, i modelli di valutazione del *parenting* più diffusi ed efficaci fanno riferimento all'*Assessment Framework* (Bentovim e Al., 2009), anch'esso di ispirazione processuale e multidisciplinare.

Raccomandazioni

La valutazione di recuperabilità delle capacità genitoriali prende avvio da una preliminare valutazione del danno evolutivo e dei bisogni del figlio, fondata su metodi e strumenti verificabili e scientificamente fondati.

1.2 Secondo ostacolo - Scarsa attitudine a diagnosticare gli effetti traumatici prodotti da maltrattamento/abuso o a dedurre la presenza di un “trauma” senza una solida esplorazione diagnostica

Si tratta di una criticità originata dalla pratica ancora poco diffusa di diagnosticare gli effetti traumatici prodotti da maltrattamento/abusi, nonostante gli sviluppi scientifici più recenti abbiano portato numerosi ricercatori e clinici a riconsiderare sia la centralità clinica del trauma prodotto dall'esposizione a violenza interpersonale nella psicopatologia dello sviluppo, sia il ruolo delle determinanti ambientali che stimolano e orientano il funzionamento neurobiologico della mente (Kandel, Schwartz e Jessel, 2003).

È ormai consolidato che uno stato di paura-terrore, prodotto da un grave disordine nell'attaccamento, ha effetti deleteri sullo sviluppo cerebrale e in tutte le funzioni psichiche che sostengono la crescita. Tuttavia, va anche considerato che non tutte le esperienze di maltrattamento/abuso esitano in un *Developmental Trauma*.

Per i professionisti della salute mentale dell'infanzia si tratta di allargare il proprio orizzonte diagnostico, a volte affidato in modo riduttivo o a categorie nosografiche troppo restrittive per la comprensione degli sviluppi traumatici complessi, oppure a categorie troppo superficiali.

In particolare, vanno superati elementi di pregiudizio sulla 'natura' sociale della tutela dei minori, che ostacolano un progresso culturale nel modo di concepire le problematiche di sviluppo dell'infanzia, sulle quali convergono sempre gli aspetti clinici e ambientali, in una dialettica in cui si gioca il formarsi di una personalità e, quindi, anche di un destino sociale, oltre che personale, dell'individuo.

A ciò va ricondotta l'importanza di esplorare eventuali sviluppi traumatici anche nella storia del genitore, non limitando i confini diagnostici al solo profilo di personalità, per gli effetti, ormai acclarati in ambito scientifico, che modelli disfunzionali di attaccamento possono esercitare sulle capacità di *parenting* attuali, oltre che sulla loro trasmissione trans-generazionale.

L'adozione di specifici metodi di valutazione del trauma psichico nella storia del genitore non costituisce solo una pratica raccomandabile, ma una prassi necessaria per offrire ai pazienti in carico ai servizi sociali e sanitari adeguati interventi di recuperabilità/cura ed evitare rischi di ulteriore vittimizzazione e stigmatizzazione.

Raccomandazioni

La valutazione del danno evolutivo e della personalità dei genitori richiede saperi aggiornati e specifica formazione trauma-orientata (Cozolino, 2010).

1.3 Terzo ostacolo - Insufficienti pratiche basate sull'evidenza

Una criticità non certo irrilevante, che si pone all'operatore, è la mancanza di un qualsiasi consenso, in letteratura, sulla definizione di "genitorialità sufficientemente buona" che contribuisce, ovviamente, alla difficoltà di sviluppare valutazioni confrontabili e basate sull'evidenza.

Alcuni autori sostengono che lo scopo della genitorialità sia facilitare lo sviluppo ottimale del figlio all'interno di un ambiente sicuro (Reder, Duncan e Lucey, 2005). Altri (Azar e Cote, 2002) pongono l'accento sulla capacità di adattamento dei genitori, che devono essere abbastanza flessibili da rispondere positivamente alle mutevoli circostanze imposte dal ciclo di vita familiare, alle caratteristiche peculiari del figlio e alle tappe dello sviluppo di ciascun figlio (Choate, Engstrom, 2013).

I problemi sorgono quando i genitori rimangono bloccati in un modello di funzionamento genitoriale inefficace, non sono in grado di modificarlo e quindi di riparare il danno evolutivo rilevato nel figlio/i e di assumerne la responsabilità (White, 2005).

Raccomandazioni

Il professionista deve essere consapevole che si muove in un territorio privo di consenso scientifico sull'oggetto di studio/intervento. Conseguentemente, è auspicabile orientare aggiornamento e formazione sui modelli e processi di cambiamento umano e garantire una visione multi e inter professionale.

1.4 Quarto ostacolo - Carenza di strumenti dedicati alla valutazione di recuperabilità del *parenting*

Di fatto, non sono disponibili strumenti con un fondamento logico e scientifico specificamente dedicati alla valutazione delle capacità genitoriali. Il professionista interviene, quindi, con una "cassetta degli attrezzi" limitata, e dovrebbe esserne consapevole.

I test psicologici tradizionali, concepiti per misurare l'intelligenza e la personalità, non sono stati progettati per valutare la capacità di un adulto di prendersi cura del proprio figlio. La ricerca sta muovendo solo ora i primi passi in questa direzione, ma non ha ancora esaminato la capacità di tali strumenti nel predire l'efficacia delle funzioni di *parenting*, né tantomeno la loro recuperabilità.

Raccomandazioni

Il professionista deve essere consapevole dei limiti degli strumenti adottati e, quando possibile, evidenziarne la portata esplicativa. Solo una prospettiva multidisciplinare, aperta e flessibile può garantire valutazioni più vicine alla complessità della realtà osservata, alla luce del principio di equifinalità (gli stessi risultati possono avere origini diverse, le stesse cause non producono i medesimi effetti e viceversa - Von Bertalanffy, 1968).

1.5 Quinto ostacolo – La relazione all’Autorità Giudiziaria

Questo ostacolo ruota attorno al tema della necessaria accuratezza delle relazioni presentate all’Autorità Giudiziaria competente (Tribunale Ordinario e Tribunale per i Minorenni) che deve assumere importanti decisioni sulle limitazioni della responsabilità genitoriale e sulle misure protettive per il minore di età.

Le richieste avanzate dalle Autorità Giudiziarie su quesiti inerenti la tutela non debbono essere vincolanti rispetto alla strumentazione ma semmai unicamente sulle urgenze di esprimere decisioni fondamentali sul destino del figlio e dei suoi familiari. Va sa sé che una comunicazione tra servizi e organi giudiziari su dove si va a collocare il processo valutativo è auspicabile, onde poter definire i tempi congrui con il contesto operativo in cui viene calata la richiesta e con le caratteristiche della situazione posta in esame.

Studi condotti sulla revisione delle relazioni e quindi sugli interventi di valutazione per il recupero della genitorialità (Budd, 2005; Bentovim e Al., 2009), hanno rilevato che la loro qualità e appropriatezza è molto variabile e spesso scarsa, in particolare le valutazioni:

- completate in 2 o 3 colloqui;
- condotte in assenza di visite domiciliari;
- contenenti poche o scarse fonti di informazioni diverse da quelle provenienti dal genitore;
- non integrate a precedenti relazioni scritte, inclusi gli esiti degli interventi attivati in passato;
- connotate da scarso ricorso a metodi e strumenti confrontabili;
- caratterizzate da insufficiente/assente diagnosi sullo sviluppo del figlio per confrontare il danno evolutivo con lo stile di funzionamento genitoriale;
- contenenti descrizioni insufficienti/assenti sulla qualità dei legami di ciascun figlio con il genitore e/o enfaticanti la prospettiva degli adulti piuttosto che del figlio/i;
- scarsamente proattive sul piano progettuale.

Raccomandazioni

La relazione all’Autorità Giudiziaria, frutto del lavoro integrato dell’*equipe* multidisciplinare:

- deve fornire una chiara valutazione dei bisogni evolutivi del figlio e una chiara descrizione dello stile di funzionamento familiare, il suo impatto sul figlio, corredata da esempi concreti;
- deve includere l’interazione tra fattori positivi e negativi nell’ambiente prossimale e distale di vita del figlio, la disponibilità della famiglia al cambiamento, le risorse disponibili per sostenere le funzioni genitoriali e quali risorse la famiglia è disposta ad accogliere per soddisfare le esigenze del figlio.

1.6 Sesto ostacolo – Attuale organizzazione dei servizi

Questo ostacolo attiene all’attuale organizzazione dei servizi per la protezione e la cura dell’infanzia/adolescenza. È risaputo che le “buone prassi” sono sostenute da ambienti che garantiscono una “base sicura” agli operatori, dispositivi quali la formazione, l’aggiornamento, la supervisione e la consulenza sono necessari, ma non sufficienti, se non sono sostenuti da assetti organizzativi facilitanti l’integrazione, spesso affidata all’iniziativa del singolo professionista.

La *review* della letteratura sul tema, concorda nel ritenere che il sistema di protezione va rivisto. Alcuni autori lo considerano troppo forense, burocratizzato o privo di modelli *evidence-based*, incentrato sugli adulti piuttosto che sui bambini (Parton, 2012). Anche nei Paesi in cui, a differenza del nostro, si investe maggiormente nella protezione dell’infanzia, come ad esempio nel Regno Unito, il sistema di protezione sembra avere un “*disperato bisogno di essere ripensato*” (Lonne, Parton e Al., 2009), alla

luce degli attuali e repentini macro-mutamenti politici, sociali, economici e delle ricerche più recenti sugli effetti a breve e a lungo termine dell'esposizione a maltrattamenti e abusi.

Il rapporto Munro (2010), commissionato dal Governo inglese, a seguito di alcuni decessi di bambini, ha messo in luce la rischiosa deriva del sistema di protezione dell'infanzia prodotta da elevati livelli di stress professionale e *turn-over* del personale, eccessiva adesione a procedure difensive e burocratiche, scarsità di risorse dedicate, insufficiente investimento nella formazione, nella supervisione, nella sicurezza e nel sostegno emotivo degli operatori, partendo dal presupposto che *"in questo contesto, le decisioni sul bambino, la custodia e lo stato legale conducono inevitabilmente a emozioni molto forti e a conseguenze eticamente pregnanti per familiari e professionisti"* (Munro, 2010).

Raccomandazioni

È tempo di riconoscere che lavorare nella tutela dell'infanzia/adolescenza implica un notevole carico di stress emotivo che si riverbera nell'operatività e che le azioni/assetti organizzativi devono essere flessibili e implementati da una visione ecologica dello sviluppo, così come le pratiche raccomandate nel Quaderno.

1.7 Settimo ostacolo - I provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria come marca di contesto dell'intervento

Nella maggioranza dei casi, la valutazione delle capacità genitoriali emana da una richiesta/provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. Avviene, quindi, all'interno di un contesto privo di consenso (coercitivo) che, da un lato ostacola la costruzione della necessaria fiducia utile a sviluppare la *compliance* verso l'intervento e, dall'altro, influenza l'affidabilità e la validità delle informazioni ottenute.

D'altro canto, l'emergenza di una situazione di maltrattamento e abuso rappresenta, spesso, l'unico segnale di aiuto che una famiglia in difficoltà è in grado di esprimere; ed è esperienza frequente nei servizi di tutela minori che il contesto coercitivo, che costringe ad un esame di realtà, sia l'unico all'interno del quale può avviarsi un percorso di cura e di cambiamento, per quanto lo stress che comporta incida sulla capacità stessa della famiglia di esprimere un valido comportamento di collaborazione.

Raccomandazioni

Di ciò se ne dovrà tenere conto, soprattutto nella fase iniziale della valutazione, in cui rischia di essere fuorviante includere le "fisiologiche" reazioni difensive dei genitori prima ancora di aver chiarito il contesto, le procedure, le finalità e gli obiettivi. La sfida consiste proprio nel tentare di trasformare gli aspetti coercitivi in relazioni di aiuto per il superamento delle attuali difficoltà/deficit nel comune interesse del figlio. È altresì importante mantenere, almeno per un periodo ragionevole, un forte ancoraggio e fiducia sulle possibilità di cambiamento dei genitori, oltre che sulle risorse del bambino/adolescente, e sperimentare approcci che favoriscono la responsabilizzazione rispetto alle difficoltà che impediscono di modificare *pattern* di comportamento disfunzionali o altamente traumatici.

Capitolo 2

Adottare un approccio multiprofessionale e multidisciplinare

È ormai risaputo che da una migliore integrazione tra servizi nasce la possibilità di promuovere maggiori risorse e ampliare le prospettive di intervento. Ciò significa superare la logica del singolo servizio per assumere quella della rete territoriale dei servizi (De Ambrogio, Bertotti e Merlini, 2007).

2.1 La normativa della Regione Emilia-Romagna e l'ineluttabile integrazione dei sistemi di tutela e cura

La Regione Emilia-Romagna ha compiuto molti sforzi per avviare e sostenere il processo culturale dell'integrazione già a partire dalla L.R. 12 marzo 2003, n. 2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" e ss. mm., nata con la finalità di delineare un sistema integrato regionale, con carattere di universalità, fondato sulla promozione della cittadinanza sociale. Tale legge definisce responsabilità e compiti dei soggetti che concorrono alla realizzazione del sistema stesso, collocandovi una serie di interventi già patrimonio del sistema di *welfare* regionale ed altri a carattere più innovativo e sperimentale. Infatti, la legge ha previsto che la realizzazione di tale sistema avvenisse mediante l'integrazione delle politiche sociali con altre politiche, in particolar modo quelle sanitarie, anche mediante la partecipazione e l'integrazione dei soggetti pubblici e privati che operano a vario titolo nel sistema, attribuendo loro specifiche responsabilità nel rispetto del principio della sussidiarietà, in un'ottica di lavoro di rete.

Successivamente, con la L.R. 28 luglio 2008, n. 14 "*Norme in materia di politiche per le giovani generazioni*" e ss. mm., l'Assemblea Regionale dell'Emilia-Romagna ha compiuto un passo importante nella promozione delle politiche per le giovani generazioni.

Tra gli aspetti salienti di questa legge, va sottolineato che essa collega ed integra le politiche per i bambini, i ragazzi e i giovani evitando cesure e interruzioni innaturali; è, in altri termini, una legge unica per due aree (minorenni e neomaggiorenni) tradizionalmente separate nella produzione normativa e nell'organizzazione dei servizi. Anche questa legge promuove la trasversalità e il raccordo delle competenze e delle professioni che operano a contatto con i ragazzi (sociali, sanitarie, educative...) introducendo all'art. 17 il lavoro in *équipe* territoriali riconoscendo, in questo, un presupposto necessario per la qualità e l'efficacia dei servizi rivolti alle nuove generazioni, nel rispetto delle specifiche competenze di ciascuno. Ancora una volta viene sottolineata e incentivata l'importanza del lavoro integrato tra professionalità e saperi diversi.

Coerentemente a tali principi, anche nella D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904 "*Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari*" e ss. mm. troviamo, come contenuti principali, la centralità dei diritti del bambino, il sostegno alla famiglia di origine, la formazione per le famiglie accoglienti e gli educatori, il tema dell'autorizzazione per tutte le tipologie di comunità, le reti di famiglie, il tema dell'accoglienza fuori famiglia di un bambino, anche insieme alla madre. Inoltre, al fine di valutare la complessità del caso, la direttiva reintroduce con forza, quale metodologia di lavoro integrato, la valutazione multidimensionale, che vede l'integrazione professionale e istituzionale tra servizio sociale e sanitario nell'ambito delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) e/o nelle *équipe* territoriali. Altro punto nodale della direttiva regionale è il concetto di accoglienza integrata, nella quale si sottolinea l'importanza di strumenti operativi quali il Progetto Educativo Individualizzato Integrato, redatto per ogni singolo bambino o ragazzo accolto, e il Progetto Quadro, come cornice della programmazione complessiva degli interventi a cura dell'*équipe* che segue la situazione.

È con questa normativa che la Regione avvia, concretamente, una riflessione sulla necessità di riorganizzazione dei servizi in tema di approccio multiprofessionale e multidisciplinare, nell'ottica di garantire maggiore appropriatezza degli interventi e efficacia del sistema.

E ancora, la D.G.R. 13 maggio 2013, n. 590 "*Linee di indirizzo per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza: Progetto Adolescenza*", che nasce dall'esigenza di pensare all'adolescente in modo integrato, ovvero di programmare e intervenire attraverso una forte connessione tra i principali attori istituzionali che si occupano di questa delicata fase

evolutiva e delle politiche di promozione - prevenzione - cura, oltre che dalla necessità di ridurre la frammentazione dei progetti o la trattazione di una parte del problema.

Il “Progetto Adolescenza” evidenzia, quindi, l’importanza di sviluppare in modo più diffuso interventi di promozione e prevenzione nei vari contesti di vita dei ragazzi e delle ragazze, con attenzione agli adulti di riferimento e al passaggio alla maggiore età, favorendo il coordinamento - nel percorso integrato ad essi dedicato - delle varie competenze e professionalità sociali, educative e sanitarie già presenti negli ambiti territoriali di riferimento. Anche in questo caso l’obiettivo è quello di superare i residui di autoreferenzialità e frammentarietà ancora presenti nei diversi contesti operativi, ottimizzare le risorse e rendere più efficaci gli interventi.

Arrivando alla D.G.R. 18 novembre 2013, n. 1677 “*Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza di donne vittime di violenza di genere*” e alle “*Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*”, possiamo identificare da parte della Regione due obiettivi principali:

- rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di accoglienza e cura dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento /abuso;
- implementare assetti organizzativi che favoriscano il confronto e l’integrazione fra professionisti/servizi per il raggiungimento di obiettivi condivisi negli interventi di protezione, tutela e cura nell’ottica del preminente interesse del minore di età.

Questa direttiva è l’esito del lavoro di un gruppo di professionisti esperti del territorio regionale (sociale, sanitario, educativo, scolastico) che, partendo dalle normative internazionali, nazionali e regionali, dalle conoscenze/evidenze scientifiche e dalle buone prassi, ha messo a punto uno strumento di lavoro integrato che fornisce una cornice di riferimento per i servizi, gli enti e i diversi soggetti della rete a vario titolo coinvolti nella tematica.

Queste Linee di indirizzo costituiscono indicazioni concrete ed operative per utilizzare le prassi in uso attraverso un modello di intervento uniforme e ecologico, da monitorare e aggiornare insieme, evidenziando che il lavoro concernente il maltrattamento/abuso sul minore esige il massimo livello di integrazione tra i professionisti, tra i servizi e gli enti/agenzie.

Tali Linee:

- mettono in evidenza come formazione e consulenza multidisciplinare costituiscano fattori agevolanti l’integrazione e l’interscambio tra servizi e agenzie, aiutino a sviluppare, sostenere e integrare le risorse disponibili;
- come queste risorse proteggano i professionisti dal senso di isolamento;
- sottolineano l’importanza di disporre di un sistema efficiente di raccolta dati e classificazione a fini statistici epidemiologici;
- rilevano la necessità di monitorare i risultati che l’adozione delle Linee stesse produrranno sul fenomeno, in termini di emersione e appropriata gestione dei casi in seguito all’applicazione delle buone prassi raccomandate (in particolare sul grado di integrazione realizzato tra i servizi).

Infine, con la D.G.R. 14 luglio 2014, n. 1102 “*Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanati o a rischio di allontanamento*”, la Regione ha inteso delineare indicazioni operative per i Comuni e le Aziende Sanitarie Locali, finalizzate alla valutazione della casistica particolarmente complessa, come i casi di maltrattamento/abuso, alla presa in carico integrata sociale e sanitaria, alla realizzazione dei relativi interventi, nell’area della protezione, tutela, cura e riabilitazione dell’infanzia e dell’adolescenza e del sostegno alle responsabilità genitoriali.

La Direttiva contiene, pertanto, indirizzi per la definizione degli accordi orientati alla realizzazione di interventi integrati nell’area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati dalla loro famiglia o a rischio di allontanamento. Definisce sostanzialmente le modalità di valutazione e presa in carico integrata, le tipologie di caso complesso, le funzioni dell’*équipe* territoriale, l’Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM), la compartecipazione finanziaria e il monitoraggio e la verifica dell’applicazione delle Linee d’indirizzo regionali.

Ed è proprio nella logica di quanto fino ad oggi la Regione ha normativamente disposto, che gli enti riconoscono l’importanza di operare in modo integrato tra servizi e professioni, tra ruoli e funzioni, tra metodi e saperi, e si stanno sempre di più strutturando in tal senso, al fine di realizzare interventi mirati, qualificati e rispondenti alle molteplici necessità dei soggetti in crescita.

2.2 La prospettiva ecologica dello sviluppo

L'approccio ecologico dello sviluppo umano, raccomandato nel rapporto dell'OMS su "Violenza e salute"³, opportunamente ripreso nelle *Linee di Indirizzo per l'accoglienza e la cura dei bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso* (Regione Emilia-Romagna, D.G.R. n. 1677/2013) considera, in particolare, tre aree concentriche che interagiscono tra loro nel creare condizioni di benessere o di disagio e che dovrebbero fungere da cornice di riferimento per le prassi operative. L'ambiente ecologico (i diversi contesti di crescita del bambino/adolescente, prossimali e distali), con le sue reti di relazioni, influenza in modo diretto o indiretto le risorse del figlio e di chi si prende cura di lui (Bronfenbrenner, 2010).

Nella pratica operativa questo modello suggerisce l'adozione di una prospettiva flessibile e sistemica (Boccafogli, Garavini et Al., 2015) volta a integrare i vari livelli (individuale, familiare, educativo, comunitario, ecc.) per favorire lo sviluppo e la promozione del benessere del soggetto in crescita e del suo ambiente di vita.

Non il singolo intervento, quindi, ma un sistema che si fa curante attraverso la costruzione di connessioni tra diverse discipline, risorse e livelli d'intervento (Cheli, Mantovani e Mori, 2015).

Acquisire una visione ecologica nella valutazione di recuperabilità delle capacità genitoriali significa, innanzitutto, partire dal presupposto che si tratta di un'attività diagnostica squisitamente multidisciplinare, che prende avvio dal riconoscimento dei bisogni evolutivi insoddisfatti del figlio/i e che procede per "cerchi concentrici" sempre più allargati, verso l'esplorazione delle dimensioni di vita dapprima prossimali e poi distali del soggetto in crescita.

L'adozione di un modello multidimensionale di valutazione della recuperabilità genitoriale è anche giustificata dalla necessità di superare le prospettive classiche fondate sugli indicatori cumulativi di rischio, che distinguevano in due macro categorie le famiglie: problematiche e non problematiche. La ricerca ha ormai messo in evidenza che le famiglie (da noi intese come il sistema di relazioni significative per il figlio) si distribuiscono lungo un *continuum* che va da un disagio connesso a un grave disfunzionamento, alle fisiologiche difficoltà prodotte dal dover fronteggiare i complessi compiti evolutivi che mutano in relazione al ciclo di vita familiare. Un processo dinamico, instabile e non lineare il cui esito dipende da molte variabili, interne e esterne all'ambiente familiare.

L'adozione di una prospettiva ecologica nella valutazione di recuperabilità delle capacità di *parenting* favorisce il superamento di una visione centrata sulle disfunzioni interne alla famiglia, più rispettosa dei nuovi scenari famigliari che i servizi sociali impattano e che mettono a dura prova il tradizionale concetto di nucleo familiare definito dai soli "confini anagrafici".

Mai come in questa fase storica la famiglia ha subito repentini e per certi versi radicali trasformazioni (Tab. 1), tanto veloci da lasciare i servizi sguarniti di modelli e strumenti capaci di intercettarne i mutamenti.

Le possibili esemplificazioni degli effetti di tali cambiamenti sono quotidianamente sotto i nostri occhi. Sempre meno sono i bambini che vivono stabilmente con i propri genitori naturali e sempre di più quelli che vivono in nuclei familiari monogenitoriali, ricostituiti o allargati, bi o omosessuali.

Tabella 1 - Caratteristiche delle famiglie tradizionali e delle famiglie contemporanee

Struttura della genitorialità: da bigenitoriale a monogenitoriale e plurigenitoriale
Struttura della famiglia: da nucleare a plurinucleare
Appartenenza etnica: da monoculturale a pluriculturale
Orientamento sessuale: eterosessuale e omosessuale
Provenienza geografica: autoctone, immigrate, miste

(Fruggeri, 2011)

I bambini e i ragazzi che incontriamo nei servizi hanno molta più consuetudine a relazionarsi con più figure genitoriali e fratelli nati da genitori diversi. Di fatto, la cosiddetta "normalità della famiglia" non è più rappresentata da un nucleo bigenitoriale fondato su una coppia stabile e strutturata dalla divisione di compiti e ruoli definiti da precisi confini anagrafici, quanto piuttosto da sistemi

³ In: whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_ita.pdf.

di relazioni significative per l'individuo e per le sue esigenze di sviluppo (Mazzucchelli, 2011). Di fatto, come operatori percepiamo “una forbice sempre più aperta” tra mutamenti sociali in atto e modelli teorico-operativi di riferimento. Questa constatazione giustifica, di per sé, l'integrazione delle risorse disponibili e delle metodologie, l'adozione di una prospettiva multidimensionale.

2.3 I rischi del mancato confronto multi-professionale e ruolo dei fattori emotivi sugli stili operativi

In questi ultimi anni è stata ampiamente riconosciuta la necessità di interventi da effettuare “in rete”. Tuttavia non basta approvare leggi perfette e all'avanguardia se non si creano gli strumenti adeguati a renderle operative. Lavorare in modo integrato è, innanzitutto, un processo che deve essere sostenuto da una appropriata cultura (organizzativa, professionale, personale).

Ciò richiede necessariamente l'impegno di professionisti di diverse competenze e professionalità appartenenti all'area sociale, educativa, giudiziaria, medica e psicologico-psichiatrica e l'impegno di tutte le professionalità che operano nell'ambito dell'età evolutiva, inclusa la scuola.

Purtroppo, nonostante queste evidenze, la formazione universitaria non prepara i professionisti all'esercizio di questa delicata e complessa competenza, ambito nel quale spesso sono sperimentate le maggiori difficoltà e frustrazioni.

Il rischio principale, nel nostro caso, è l'autoreferenzialità della valutazione, una condizione che si presenta ogniqualvolta il professionista lavora solo all'interno di gruppi mono-professionali e non è sempre prevista la presenza di *équipe* multiprofessionali stabili.

All'interno di tali scelte istituzionali prevale il principio dell'appartenenza ad aree specifiche di competenza: l'assistenza (e la protezione) è di pertinenza del sociale e la cura (la clinica) del sanitario. Il modello dell'integrazione è sostituito con quello della aggregazione. Gli effetti negativi sono rilevabili a più livelli:

- le modalità con cui si realizza la collaborazione a partire dai singoli casi, sulla base di protocolli d'intesa tra sociale e sanitario fragili e spesso affidati alla volontà e alla motivazione dei singoli operatori;
- l'arbitrarietà nelle scelte che servizi e operatori compiono nel separare aspetti e risorse la cui efficacia dipende principalmente dalla sinergia del progetto complessivo;
- l'esclusività della relazione operatore-utente, una condizione che espone l'operatore al rischio di sviluppare relazioni invischiate o distanzianti con i propri utenti, nelle quali le risonanze emotive costituiscono un limite e non una risorsa;
- senso d'isolamento e accentramento della responsabilità, due aspetti strettamente collegati fra loro che concorrono spesso a “bruciare” la motivazione professionale dell'operatore, alimentando un vissuto di inadeguatezza e il preoccupante fenomeno del turn-over, con la conseguente perdita di specializzazione professionale;
- mantenimento di una posizione “adultocentrica” dell'operatore.

La letteratura scientifica concorda sul fatto che il lavoro assistenziale e di cura comporta un peculiare carico emozionale dovuto alla continua interazione con la sofferenza dell'altro. A ciò vanno aggiunti:

- carichi di lavoro in costante aumento;
- elevato rischio di responsabilità personale e professionale in settori di grande delicatezza e complessità;
- amplificazione sociale negativa dell'immagine professionale;
- rischio di ricevere violenze, minacce e aggressioni⁴.

Gli strumenti, per quanto basati sull'evidenza, da soli non sono sufficienti: occorrono specifiche competenze relazionali ed emotive che devono essere sostenute da un ambiente professionale percepito come sicuro e da un clima di lavoro favorevole e supportivo, senza il quale rischia di essere compromessa l'efficacia dell'intervento e la capacità di riflettere sull'esperienza professionale.

Siamo noi la “cassetta degli attrezzi professionali” che impatta storie di sofferenza e di maltrattamento e funge da “cassa di risonanza” della dimensione emotiva, che a sua volta si riverbera sull'intervento e sul clima stesso di lavoro, sollecitando l'adozione di stili operativi difensivi rischiosamente amplificati dagli attuali assetti organizzativi e da feedback mediatici negativi.

⁴ L'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, già nel 2007, dichiarava che i settori sanitario e sociale sono caratterizzati dalla massima esposizione alla violenza sul luogo di lavoro. doczz.it/doc/2207877/46-promozione-della-salute-mentale-nel---eu-osh.

Gli studi sul ruolo delle emozioni nelle organizzazioni hanno dimostrato quanto esse incidano anche negli ambienti professionali, influenzando, a vari livelli, il funzionamento degli operatori, delle *équipe* e dei servizi (Perini, 2015). Ancor più, la dimensione emozionale del lavoro con il trauma assume una centralità per la peculiare sofferenza del paziente e il suo impatto sull'operatore.

Doversi sottoporre, in particolare su mandato dell'Autorità Giudiziaria, alla valutazione delle proprie capacità genitoriali, costituisce, per la maggior parte degli utenti, una marca di contesto che sancisce un fallimento, o la paura di fallire proprio nel progetto di riscatto esistenziale e sociale: costruire la propria famiglia. È a questo clima emotivo proiettato sul contesto dell'intervento che l'operatore è sempre esposto, sollecitandolo ad assumere posizioni difensive.

Adottare una prospettiva ecologica significa, innanzitutto, pensare che anche i servizi, gli enti e le organizzazioni sono sistemi umani che, in quanto tali, risentono di eventi favorevoli o sfavorevoli in modi non del tutto dissimili dai pazienti/utenti che curano, educano, assistono (Bloom e Farragher, 2013). È tempo di maturare la consapevolezza che lavorare nella tutela dell'infanzia e adolescenza e, più in generale, con la sofferenza umana, costituisce uno specifico fattore di stress professionale.

Il rischio, nei servizi, è che la memoria organizzativa lasci il posto all'amnesia organizzativa, con conseguente semplificazione delle decisioni (Duncan et al., 2010). I rischi più diffusi (si veda Tabella 2) sono:

- una specifica difficoltà ad assumere una prospettiva riflessiva sull'attuale organizzazione dei servizi di assistenza e cura per favorire una reale integrazione delle competenze e degli interventi;
- una peculiare predisposizione a “dimenticare” una vasta gamma di strategie e approcci che si sono rivelati utili in passato.

Tabella 2 - Principali sintomi stress correlati nei servizi di protezione e di cura

Ridotte abilità di gestire le emozioni	Gestione tendenzialmente autoritaria o, al contrario, fusionale, che non incoraggia l'iniziativa, la soluzione innovativa di problemi o la risoluzione diretta dei conflitti
Amnesia organizzativa	Una relativa incapacità ad affrontare adeguatamente le conseguenze e la complessità dei problemi trauma-correlati nella vita delle persone
Problemi cognitivi	Difficoltà a mentalizzare vision e mission del servizio
Problemi di Comunicazione interni ed esterni	All'interno del gruppo di lavoro e tra servizi

(Duncan et al., 2009; Pearlman e Caringi, in Courtois e Ford, 2009; Hawkins e Shohet, 2006)

Queste “disabilità cognitive” allontanano sempre più i servizi dall'obiettivo di diventare sistemi flessibili che apprendono dall'esperienza interna ed esterna, calibrando risorse e interventi in base alle specifiche peculiarità dell'utenza e dei bisogni sociali emergenti.

Quello che l'organizzazione di un servizio non è in grado di contenere in termini di apprendimento e benessere professionale complessivo, rischia di proiettarsi (essere agito) sulla scena professionale (*enactment*). Quest'aspetto giustifica, da solo, l'importanza di garantire risorse come la supervisione di *équipe* e la consulenza nei casi più complessi.

Non solo il professionista, quindi, anche il servizio necessita di consulenza sui propri assetti organizzativi, per fermarsi a riflettere sul proprio “stato di salute” e sul proprio funzionamento. In assenza di tali risorse, agli operatori non rimane altro che chiudersi all'interno del proprio “guscio protettivo” con il rischio di vivere una dimensione di isolamento o di disinvestire nel proprio lavoro a causa della “forbice troppo aperta” tra la prospettiva individuale acquisita (ciò che dovrebbe essere) e quella dell'organizzazione in cui lavora (ciò che è).

Un'organizzazione sana è, innanzitutto, un **contenitore emotivo sicuro**, riconosce l'inevitabilità della dimensione emotiva e crea lo spazio e il tempo per consentire al personale di poterne parlare e di riconoscere le sfide che esse innescano, fungendo da “corteccia ausiliaria” per sostenere il lavoro di cura.

L'intelligenza emotiva, intesa come preziosa risorsa organizzatrice e mentalizzante di un servizio è, pertanto, il risultato sistemico del buon funzionamento degli stessi processi sui quali esso costituisce la propria identità e la propria attività, e andrebbe pertanto assunta come un valore del sistema da perseguire nell'interesse di chi vi opera e di chi vi si rivolge.

2.4 Un dispositivo da promuovere: la consulenza multidisciplinare

Riteniamo che una risorsa utile, sul piano operativo, sia costituito dalla consulenza multidisciplinare, che consiste in uno spazio strutturato di riflessione e confronto sulla casistica, effettuato da colleghi "senior" o da esperti esterni in cui analizzare, oltre che il livello metodologico dell'azione professionale, anche la dimensione emotiva, (Allegri, 1997) favorendo un clima in cui sia incoraggiata la condivisione dei timori, dei dubbi, degli errori, in quanto aspetti fisiologici del nostro lavoro, di esplorare differenti dimensioni, ipotesi e prospettive arricchendole con il contributo di altri.

Raccomandazioni

Gli interventi sono tanto più appropriati quanto più è garantita:

- una visione ecologica dello sviluppo (i diversi contesti di crescita del bambino/adolescente), le sue reti di relazioni prossimali e distali che influenzano in modo diretto o indiretto le risorse familiari;
- una prospettiva integrata e non "aggregata" degli interventi;
- la supervisione di *equipe* e la consulenza nei casi più complessi, oltre all'aggiornamento mono e interprofessionale e, quando necessario, l'apporto dell'antropologo culturale;
- la sicurezza fisica dell'ambiente di lavoro;
- uno spazio e un tempo in cui poter esprimere e riconoscere le emozioni.

Inoltre:

La consulenza multidisciplinare è tanto più efficace quanto più:

- garantisce attenzione al clima del gruppo, alle aspettative esplicite e implicite;
- favorisce la narrazione sulla storia degli interventi e sui risultati ottenuti;
- sostiene i dubbi e la lettura del caso dalle differenti prospettive;
- esplora e mappa le risorse condivisibili;
- incoraggia la connessione del caso al *network* istituzionale;
- promuove l'individuazione e la condivisione degli obiettivi (Cheli, Ricciutello e Valdisserra, 2013).

Capitolo 3

Fasi del processo e contesto della valutazione

Capire cosa sta accadendo a quel bambino/adolescente, alla sua famiglia e valutare la possibilità di recuperare le capacità genitoriali, richiede la raccolta di informazioni da una varietà di fonti, dare un senso ai dati raccolti, condividerli con i professionisti coinvolti o coinvolgibili, restituirli al figlio/i e ai genitori e se opportuno e necessario, alla sua rete familiare, nonché all'Autorità Giudiziaria competente quando richiesto.

È quindi utile pensare all'intervento di valutazione come a un processo suddiviso in fasi e avere chiarezza sugli obiettivi della valutazione stessa, sulle potenzialità e limiti, che per utilità abbiamo schematizzato nella seguente tabella, a partire da una *review* della letteratura sull'argomento.

Tabella 3 - Cosa la valutazione di recuperabilità genitoriale può e non può fare

PUÒ	NON PUÒ
Descrivere lo stile di funzionamento genitoriale, il ruolo nell'educazione del figlio	Confrontare lo stile di funzionamento genitoriale di un individuo con standard generali
Descrivere l'interazione genitore-figlio	Trarre conclusioni sull'adeguatezza della genitorialità sulla base di osservazioni indirette
Spiegare possibili ragioni dei comportamenti problematici e le potenzialità di cambiamento	Prevedere la capacità genitoriale sulla base della sola diagnosi di salute mentale del genitore
Individuare le condizioni personali e ambientali che possono influire positivamente o negativamente sul comportamento genitoriale	Escludere gli effetti delle influenze situazionali (ad esempio limiti di tempo, caratteristiche della domanda, fattori di stress attuali, problemi culturali, sociali ed economici) sul processo di valutazione
Descrivere il funzionamento, i bisogni e i rischi del figlio in relazione alle capacità e ai deficit del genitore	Prognosticare le capacità genitoriali future con certezza
Fornire una possibile spiegazione dei comportamenti problematici/inadeguati, le potenzialità di cambiamento e le indicazioni per l'intervento/i di recupero delle capacità genitoriali	Rispondere a quesiti vaghi e non articolati
Descrivere il funzionamento del figlio, il disagio e i suoi bisogni evolutivi	Accertare la presenza di abusi/maltrattamenti (ciò compete all'A.G. competente)

3.1 Le fasi dell'intervento

Fase 1: considerare la natura della segnalazione e la sicurezza del figlio/i

In un contesto di protezione, la prima considerazione da compiere, soprattutto quando si riceve una segnalazione di sospetto maltrattamento, è valutare quali azioni devono essere assunte per garantire la sicurezza immediata del figlio/i, cioè l'allontanamento dalla famiglia o dell'adulto presunto abusante/maltrattante dal nucleo familiare o di un altro membro della famiglia. Questa valutazione iniziale centrata sul danno del minore di età o sulla probabilità che sussista un pregiudizio non è un processo semplice, e richiede una seria considerazione sulla gravità delle minacce immediate per il benessere del bambino/adolescente, i fattori che compromettono la sua sicurezza e le conseguenze sullo sviluppo, nonché l'individuazione di congrue azioni protettive.

I quesiti principali che orientano l'intervento sono i seguenti: è essenziale acquisire un'approfondita valutazione sullo sviluppo del bambino/adolescente o compiere una valutazione completa della famiglia? Sono presenti fattori ambientali che devono essere meglio compresi? Chi coinvolgere, nella raccolta di informazioni utili (pediatra, MMG, insegnante, ecc.)?

Raccomandazioni

In questa fase è essenziale che gli operatori del servizio sociale possano confrontarsi, anche in prima battuta, con gli psicologi del servizio sanitario, al fine di individuare le azioni più appropriate, stabilire e programmare l'intervento iniziale di valutazione (ad eccezione dei casi urgenti).

La procedura di raccolta delle informazioni e il confronto preliminare sul caso forniscono una base per valutare come procedere con la famiglia.

È sempre raccomandabile, come da indicazioni delle Linee di indirizzo regionali (D.G.R. n. 1677/2014) che l'operatore:

- non escluda la possibilità del maltrattamento/abuso fra le ipotesi;
- si ponga in atteggiamento di ascolto del figlio senza sottovalutare o sovrastimare gli elementi raccolti/osservati, evitando di assumere un atteggiamento inquisitorio;
- sia consapevole della complessità del fenomeno;
- si muova nell'ottica della valutazione multidisciplinare;
- possa avvalersi di consulenze specialistiche esperte;
- dedichi particolare attenzione alla crisi che possono determinarsi al momento del disvelamento del maltrattamento/abuso.

La rivelazione

a) La rivelazione esplicita

Un bambino o un ragazzo può parlare esplicitamente dei maltrattamenti. Si tratta di un passaggio delicato perché la conseguenza della presa di contatto consapevole con la propria esperienza traumatica comporta il rischio di una temporanea riacutizzazione della sofferenza traumatica. È comunque una decisione importante, che permette di mettere in parola emozioni e vissuti. Anche se si presenta frammentaria, confusa, bizzarra, la rivelazione merita un ascolto autentico, che bisogna sapere gestire con estrema attenzione e correttezza (si veda capitolo 5, par. 5.4 Quando il bambino/ragazzo rivela spontaneamente il maltrattamento/abuso).

Questo significa accogliere la rivelazione evitando di "guidare" in senso positivo o negativo la narrazione, senza la pretesa di accertare la veridicità dei fatti che, ribadiamo, spetta all'Autorità Giudiziaria, in particolare se veniamo a conoscenza di forme di maltrattamento che costituiscono reati perseguibili d'ufficio.

b) La rivelazione mascherata

Un bambino maltrattato/abusato non si racconta solo attraverso le parole ma può raccontarsi in tanti modi indiretti. Attraverso il comportamento, il corpo, l'espressione e la gestione delle sue emozioni, possiamo trovare molti segnali di disagio evolutivo che meritano attenzione, valutazione e confronto interdisciplinare (si veda Allegato C), in particolare le espressioni sintomatologiche trauma correlate quali:

- *sessualizzazione traumatica* - iper-eccitabilità del comportamento sessuale, attività sessuali improprie e ripetitive, tentativi di aggressione sessuale nei confronti di altri.
- *disregolazione delle emozioni e degli impulsi* associata a stati di allarme e allerta anche di fronte a situazioni che non costituiscono pericolo; disequilibrio delle regolazioni fisiologiche della sfera neurovegetativa a carico dell'apparato digerente (dolori addominali, vomito psicogeno, disturbi digestivi funzionali), respiratorio (disturbi di tipo asmatico e alterazioni varie del respiro), cardiocircolatorio (tachicardia, ipotensione arteriosa, svenimenti);
- *disregolazione dell'attenzione e del comportamento* - alterazioni a livello del sistema nervoso centrale tali da giustificare un disturbo del funzionamento cognitivo, difficoltà nelle capacità di memoria e quindi nei processi di apprendimento
- *distorsioni nella percezione di sé e nei sistemi di significato* - sentimenti di profonda inadeguatezza, disistima e svalorizzazione delle proprie risorse.
- *difficoltà interpersonali* - la dimensione relazionale riflette gli elementi di disregolazione sopra esposti, correlati a difficoltà di contatto empatico, di reciprocità, di decodifica degli affetti, di regolazione intersoggettiva degli aspetti emotivi e cognitivi che rendono complessa e problematica la costruzione di relazioni e di legami (Ricciutello C., 2015).

- *sintomi intrusivi - flashback*, disagio psicologico e reattività intensa davanti a stimoli che ricordano o riportano all'evento traumatico; nei bambini ciò avviene attraverso la ritualizzazione nel gioco dell'evento e delle emozioni connesse;
- *evitamento*: tentativi più o meno consapevoli di evitare pensieri, luoghi, situazioni e persone legati o collegati al trauma, diminuzione degli interessi, distacco emotivo da persone e situazioni, fino al blocco dell'affettività e dell'emotività.

Raccomandazioni

A fronte della complessità dei quadri clinici che si possono intercettare, l'operatore deve avere garantita la possibilità di accedere, oltre che a una consulenza multidisciplinare e/o/giuridica, anche a una valutazione specialistica per la diagnosi differenziale coinvolgendo medici/clinici specialisti, evitando di giungere a conclusioni/valutazioni affrettate, ponendo attenzione ai segnali di disagio nello sviluppo.

Fase 2: raccogliere ulteriori informazioni

L'approccio alla raccolta delle informazioni dovrebbe essere sistematico, per garantire che i dati ottenuti siano adeguati, completi e ben evidenziati. Le fonti di informazione devono essere prese in seria considerazione. Queste includono i componenti della famiglia, i professionisti o i servizi che sono stati coinvolti o conoscono la famiglia, altri adulti di riferimento del bambino/adolescente. È importante ricordare che ciò che verrà appreso sarà influenzato dal metodo di raccolta dei dati e dal contesto. Ad esempio, si ottengono informazioni diverse quando si vede il figlio da solo, o un solo genitore, o osservando la famiglia nella propria abitazione, ecc.

Raccomandazioni

Ad eccezione dei casi in cui risulti chiara la doverosità della denuncia, è utile prendersi il tempo necessario per qualificare, attraverso gli opportuni approfondimenti, tutte le informazioni utili ad approfondire la conoscenza preliminare della situazione segnalata. Non è una perdita di tempo, contiene la tendenza ad agire, è preliminare e quindi facilitante l'approccio integrato, garantisce congruità alle successive azioni poiché favorisce il confronto e la mentalizzazione degli elementi (fattori di rischio e di protezione) raccolti.

Va tuttavia tenuta presente la tempistica legata all'obbligo di denuncia, per il quale è sufficiente che il pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio ravvisi nel fatto il cd "fumus di un reato" (ex art. 331 cpp).

Ciò che conta, in sostanza, è la conoscenza di un fatto storico che, delineato nei suoi elementi essenziali, integri gli estremi di un reato. Non compete al soggetto qualificato venuto a conoscenza del fatto, il compito di decidere se lo stesso è punibile o meno o si riveli infondato (v. Cass. Penale n. 8937/2015).

Ancora meno corretto sarebbe assumere indagini in autonomia, dato che ciò potrebbe "inquinare" il quadro probatorio presente e futuro.

Fase 3: organizzare le informazioni disponibili all'interno del Modello adottato

Una volta raccolte le informazioni, il passo successivo consiste nell'organizzare e sistematizzarle per accertare ciò che è noto, individuare le informazioni cruciali che non sono ancora conosciute e devono essere acquisite, e avviare l'intervento di valutazione vero e proprio. Il Modello ecologico dello sviluppo consente di sistematizzare le informazioni raccolte in base a tre domini: esigenze di sviluppo del figlio, alla capacità genitoriale, ai fattori familiari e ambientali (si vedano gli Allegati A, B e C), al fine di fornire solide basi per la raccolta e quindi l'analisi delle informazioni disponibili (e poi confrontabili).

Raccomandazioni

In questa fase è raccomandabile non giungere a conclusioni frettolose; non vi dovrebbe essere alcun tentativo di esplorare come i diversi fattori si influenzano a vicenda. Anche se l'operatore sta iniziando a formarsi idee o ipotesi sulla specifica situazione familiare, esse devono essere messe in "stand-by" fino a quando non sono state prese in considerazione tutte le informazioni, in particolare le informazioni diagnostiche sull'eventuale danneggiamento evolutivo nel figlio/i.

Conclusioni troppo frettolose possono condurre a false ipotesi sul livello di funzionamento e sui bisogni del figlio, sulla natura e sulle ragioni di eventuali difficoltà, sui punti di forza nello stile di funzionamento genitoriale, sulla famiglia e sui fattori ambientali sfavorevoli.

Fase 4: considerazioni sulla necessità dell'intervento

Il prossimo passo è prevedere le possibili conseguenze sullo sviluppo del figlio/i alla luce delle informazioni raccolte. I quesiti, in questa fase, sono seguenti:

- cosa può accadere al figlio e alla sua famiglia se nulla cambia nella situazione attuale?
- sussiste una condizione di ipotetico pregiudizio?
- quali sono le probabili conseguenze per il figlio in caso di mancato intervento?

Analoga attenzione andrebbe dedicata a valutare quanto un intervento di allontanamento o, più in generale, l'intensità della limitazione dei rapporti genitore-figlio, compatibile con la condizione di maltrattamento evidenziatasi, comporti effetti sull'equilibrio psico-affettivo del bambino/ragazzo. Devono essere considerate sia le conseguenze a breve che a lungo termine. I fattori a breve termine riguardano il modo in cui un bambino/adolescente sta funzionando ora e nell'immediato futuro, ma potrebbero esserci anche importanti effetti a lungo termine sul suo sviluppo se nulla cambia nelle sue circostanze attuali. L'analisi di tale previsione influisce sul livello di preoccupazione e su eventuali piani di intervento.

In questa fase si sviluppano ipotesi prognostiche. Ad esempio, un ritardo nello sviluppo del linguaggio prevede difficoltà nell'apprendimento della lettura; crescere con un genitore implicato in attività antisociali aumenta le possibilità che anche il bambino ne sia in futuro coinvolto; vivere in un contesto connotato da molteplici fattori negativi, potendo tuttavia fare affidamento su almeno un adulto soccorrevole, presente e responsivo, riduce la probabilità che si sviluppino problemi di salute mentale e/o sociale nella vita adulta (Cleaver et Al., 1999).

Raccomandazioni

I fattori protettivi, i benefici che derivano dal vivere in un ambiente prossimale e distale "sufficientemente buono", aiutano i bambini a sviluppare resilienza, così come, al contrario, la presenza di molteplici fattori di rischio erode, nel tempo, le risorse individuali e sociali. Quindi è importante, a partire dalla diagnosi dello sviluppo, compiere un accurato bilancio dei punti di forza e di fragilità/deficit in tutti i domini e le dimensioni del Modello adottato, evitando di concentrarsi solo su una dimensione.

Fase 5: pianificare gli interventi

Il progetto di intervento deve essere "radicato" nelle risorse effettivamente disponibili.

Quando si pianificano gli interventi, è essenziale acquisire chiarezza sugli obiettivi dell'intervento, giungere a una chiara definizione delle azioni di cambiamento necessarie, monitorando l'intervento stesso, ricorrendo al confronto mono e multidisciplinare, alla consulenza sul caso.

I quesiti, in questa fase, sono i seguenti:

- Quali interventi potrebbero aiutare a sostenere i punti di forza e/o fornire l'aiuto necessario per soddisfare i bisogni disattesi?
- Verso quali bisogni mirare prioritariamente l'intervento?
- Quali risorse sono disponibili?
- Quale servizio, professionista e approccio aumenta la probabilità che la famiglia collabori?
- Quale intervento è suscettibile di produrre il beneficio più immediato?
- Quale dovrebbe essere la sequenza temporale (e logica) degli interventi alla luce degli obiettivi individuati?
- Dato il livello di pregiudizio del figlio/i e la capacità della famiglia di cooperare, qual è la probabilità di ottenere un cambiamento sufficiente entro i tempi evolutivi propri del figlio/i?

Queste domande sono utili per la costruzione di piani mirati e realistici di intervento. È fondamentale considerare le opzioni per gli interventi che potrebbero aiutare a supportare i punti di forza, così come quelli che potrebbero aiutare a soddisfare i bisogni disattesi.

Raccomandazioni

La letteratura sul tema e l'esperienza professionale suggeriscono che non risultano efficaci gli interventi che la famiglia non comprende o per i quali non è motivata. Se i membri della famiglia hanno una buona relazione con un particolare professionista, ad esempio con un operatore sanitario o un legale, o il figlio con un educatore, questo dovrebbe essere coinvolto per collaborare, al fine di facilitare il coinvolgimento della famiglia (progetto di intervento inclusivo e partecipativo).

Una mappatura condivisa delle risorse disponibili nei servizi educativi, sociali e sanitari è uno strumento utile per orientare l'operatore/l'*équipe* nell'attivazione delle risorse disponibili, congrue ai bisogni del figlio, permettendo alla famiglia di scegliere "il menù" più adatto alle proprie caratteristiche e inclinazioni, piuttosto che vincolarla in modo univoco a un intervento.

Inoltre, la valutazione è "generativa" quando:

- è centrata sulla riflessione e sul ripensamento delle abituali prassi, promuovendo in tal modo un vero e proprio processo di apprendimento (negli operatori e nelle famiglie);
- sostiene un atteggiamento consapevole circa i problemi da affrontare;
- promuove la partecipazione attiva, cioè rende le famiglie protagoniste nella costruzione dei significati nel processo di valutazione stesso: dalla definizione dei problemi (assessment), alla individuazione delle soluzioni (co-progettazione), alla sperimentazione delle stesse (intervento), fino alla verifica finale congiunta dei risultati.

In questo tipo di valutazione l'operatore, anche se difficile da attuare, colloca (prima di tutto mentalmente) i genitori in una posizione di "protagonisti/esperti" della propria situazione familiare e dei bisogni dei propri figli, realizza con la famiglia una riflessione sui dati raccolti, in particolare sulla valutazione del danno evolutivo, e attiva un processo d'individuazione condiviso riguardo: (1) le aree critiche e le potenzialità/risorse, (2) gli obiettivi da realizzare, (3) le responsabilità, aprendo così le porte alla co-progettazione dell'intervento (Cheli, Mantovani e Mori, 2015).

Fase 6: valutare i risultati

In questa fase conclusiva è utile che l'*équipe* multidisciplinare si confronti integrando i risultati degli interventi in una cornice multidimensionale. Conseguentemente, i quesiti riflessivi che orientano la valutazione sono i seguenti:

- c'è stato un miglioramento nelle condizioni di sviluppo del figlio/i, cioè i suoi bisogni sono o non sono soddisfatti?
- l'intervento attuato è stato appropriato rispetto agli esiti attesi?

Raccomandazioni

Già nella fase di pianificazione è utile prevedere periodici incontri di *équipe* per monitorare i risultati conseguiti, anche al fine della riprogettazione degli interventi.

3.2 I diversi contesti della valutazione

Due sono principalmente i contesti in cui può emergere una situazione maltrattante che richiede la necessità di una valutazione del danno evolutivo e di recuperabilità delle funzioni genitoriali:

- i genitori accedono spontaneamente per chiedere aiuto;
- l'attivazione avviene su impulso della magistratura minorile.

Con la famiglia occorre creare fin da subito un "contenitore" relazionale in cui il mandato e le finalità della valutazione siano espliciti e trasparenti.

Bertotti e coll. propongono una griglia di massima che aiuta a chiarire il contesto e l'oggetto dell'intervento.

Tabella 4 - Definizione del contesto e dell'oggetto da valutare

Chi chiede di valutare, che cosa chiede di valutare, quali ipotesi da verificare
Individuazione delle aree di indagine
Raccolta delle informazioni
Con quali strumenti, attraverso quali fonti
Analisi e sintesi delle informazioni raccolte
Come organizzare le informazioni, quali sono gli elementi significativi
Diagnosi e valutazione vera e propria
Elaborazione di un parere professionale, indicazioni prognostiche e strategie di miglioramento

(Bertotti e Al., 2007)

Il contesto spontaneo

È piuttosto rara la possibilità che un genitore maltrattante chieda spontaneamente aiuto e segnali una qualche forma di maltrattamento sui figli, per i noti meccanismi di negazione e minimizzazione, la vergogna, il timore del biasimo sociale e del sistema giudiziario, nonché la possibile presenza di situazioni personali complesse (patologie, dipendenze, ecc.). Questo non ci esime, tuttavia, dall'esplorare e decodificare le richieste d'aiuto mascherate che spesso gli adulti mettono in atto esprimendo gravi condizioni di stress o allusioni rispetto alla fatica dell'essere genitori, che possono nascondere situazioni di maltrattamento del figlio. D'altra parte i bambini, per ragioni legate alla loro condizione di dipendenza dalle figure adulte di riferimento, difficilmente riescono a segnalare spontaneamente un maltrattamento subito. Diversa è la condizione degli adolescenti che possono talvolta, in maniera consapevole, rivelare il maltrattamento/abuso, in particolare quando sperimentano una qualche autonomia o relazioni esterne alla famiglia che rendono possibile questa condizione.

Un contesto spontaneo di emersione del maltrattamento/abuso è rappresentato da quelle situazioni nei servizi sociosanitari in cui si attivano interventi su altre problematiche (assistenziali, psicologiche, relazionali, cognitive). In queste situazioni sono i segnali del disagio/sintomatologia/danno espresso dal bambino o adolescente che orientano verso un'ipotesi di maltrattamento. Preliminare alla valutazione è il discrimine rappresentato dalle forme di maltrattamento emerse che, se compatibili con ipotesi di reato su minorenni, è dovere degli operatori segnalare all'Autorità Giudiziaria. Anche la gravità degli atti rilevati (lesioni fisiche, grave sintomatologia post traumatica connessa a forme di maltrattamento che non si configurino come reato, ad esempio l'assistere a violenza domestica) è un elemento che orienta verso la segnalazione all'Autorità Giudiziaria minorile per l'attivazione della necessaria protezione e valutazione della situazione. Qualora le condizioni non siano gravi e vi sia la collaborazione dei genitori, è possibile avviare una valutazione della situazione del minorenne con tempi e modalità più condivisi e congrui per l'attivazione degli opportuni interventi di aiuto.

Raccomandazioni

È importante, anche nei casi di accesso spontaneo nei servizi sociali, educativi e sanitari (Consultori, Pediatria, MMG) che:

- l'operatore preste attenzione nell'esplorare e decodificare le richieste d'aiuto mascherate, che presentano indicatori di rischio, in particolare se accompagnate da condizioni di stress genitoriale, che possono nascondere situazioni di maltrattamento del figlio;
- si approfondiscano le condizioni di vita del figlio/i.

Il contesto giudiziario (si veda Allegato D)

È molto diffusa e percentualmente frequente la situazione in cui gli operatori sociosanitari vengono investiti di una richiesta esplicita di valutazione da parte degli organi giudiziari (ordinari o minorili) in una situazione di sospetto o conclamato maltrattamento/abuso. In questo caso, la cornice giuridica delinea il mandato e i compiti (non gli strumenti, né i contenuti, che sono propri delle professioni sociosanitarie e educative) per valutare la situazione nel suo complesso: in particolare la presenza o meno della condizione di pregiudizio, le capacità genitoriali e la loro recuperabilità, il danno sul bambino/ragazzo.

Il professionista socio-educativo-sanitario nelle scelte professionali da adottare, che non possono attendere né dipendere dalla risposta di giustizia e dell'accertamento definitivo del reato, dovrà muoversi in una cornice che, pur non interferendo con il procedimento giudiziario in corso, si focalizzi sui bisogni di aiuto delle persone coinvolte.

Diverso è il caso in cui un professionista è investito di un incarico formale da parte dell'A.G. in qualità di CTU. In tale veste il professionista deve tenere conto delle finalità giuridiche della valutazione. Ancor più quando l'A.G. richiedente non prevede un componente onorario al suo interno, ad oggi in essere solo presso il Tribunale per i Minorenni.

Nell'attuale prassi nel nostro Paese sono incaricati prevalentemente i servizi socio-sanitari territoriali di svolgere la valutazione di recuperabilità delle competenze genitoriali e attuare i necessari dispositivi di protezione e di cura nelle situazioni di maltrattamento familiare. In quest'ultimo caso il ruolo valutativo e di protezione/cura, che non coincide in ogni caso con quello decisionale in capo all'Autorità Giudiziaria, deve essere gestito con estremo rigore metodologico, equilibrio e sinergia tra i vari enti preposti, nell'interesse superiore del fanciullo come previsto dall'art 3 della Convenzione di NY.

3.3 Focus di approfondimento: capacità genitoriali e violenza domestica

La violenza domestica si prefigura come un attacco deliberato non solo alla donna (più spesso vittima), ma anche alla sua relazione con i figli. Quando valutiamo le capacità genitoriali nei casi di violenza in famiglia, dobbiamo partire dal presupposto che la donna vittimizzata è una madre traumatizzata. Pertanto, la valutazione della genitorialità nei casi di violenza domestica va considerata all'interno di una cornice più ampia, che terrà conto e comprenderà l'accertamento delle conseguenze traumatiche sulla donna, sia come persona che come madre (Pedrocco Biancardi, Soavi, 2009; Camisasca, 2014; Luberti, 2017), e sui figli coinvolti nelle esperienze violente sia direttamente che indirettamente, quindi la loro condizione psico-fisica, le relazioni fra loro e i genitori, il grado di compromissione personale e delle relazioni.

Si riportano alcuni dati dell'indagine sui centri antiviolenza in Regione Emilia-Romagna⁵, quali presidi socio-assistenziali e culturali, di natura pubblica e/o privata, che hanno come finalità primaria la prevenzione e il contrasto alla violenza maschile sulle donne e che forniscono accoglienza, consulenza, ascolto, sostegno alle donne, anche con figli/e, minacciate o che hanno subito violenza. Nel corso del 2017, anno di riferimento della rilevazione, risultano attivi nel territorio regionale n. 19 centri. Tali centri hanno registrato 17.235 contatti da parte di 5.345 donne, di queste 1732 sono state indirizzate ad altri servizi della rete, in particolare circa un migliaio ai servizi territoriali (Servizio Sociale, Forze dell'ordine, Consulteri familiari, Pronto soccorso, SERT, altro ad es. CAV); 280 ad accoglienza in emergenza/pronta accoglienza e 148 ad accoglienza in casa rifugio.

Nel corso del 2017 risultavano in carico, o meglio dire "in percorso" presso un centro antiviolenza 3.520 donne, il 34,7% delle quali di cittadinanza straniera. Quasi 2.500 donne, il 71% del totale, aveva figli e, sulla base dei dati dei 18 centri su 19, si stima che in oltre i tre quarti dei casi è presente almeno un figlio minore.

L'attenzione all'adeguatezza dei percorsi di valutazione della recuperabilità genitoriale si rende necessario al fine di evitare vittimizzazioni secondarie del figlio e della madre, cioè un'ulteriore esposizione a traumi che possono incidere sulla loro salute psicofisica, causati dal maltrattamento istituzionale, costituito da interventi intempestivi, procedure frettolose e non rispettose della condizione emotiva delle giovani vittime. Si fa riferimento ai contatti fra i figli e il genitore maltrattante dopo l'emersione della violenza. I diritti di visita dei padri maltrattanti, sostenuti fortemente dai loro rappresentanti legali, possono scontrarsi con le esigenze del figlio e troppo spesso rispondono a una mentalità adultocentrica. A volte è troppo presto, a volte i bambini non sono pronti, sono confusi, a volte hanno paura o peggio sono traumatizzati, rifiutano di vedere e incontrare il padre perché hanno assistito alle violenze. Altre volte, invece, sono disponibili a incontrarlo e ad avere rapporti con lui e in ogni caso vanno accompagnati e sostenuti.

Bancroft e Silverman, (2002; 2015) delineano tredici punti che offrono una traccia importante per programmare questi interventi e valutarne i rischi. Pertanto, rappresentano utili raccomandazioni per gli operatori nella valutazione di recuperabilità del genitore violento e nei casi in cui l'A.G. chiede al servizio sociale di programmare gli incontri protetti.

⁵ Regione Emilia-Romagna, "Primo Rapporto anno 2018 dell'Osservatorio Regionale Contro la Violenza di Genere" Assessorato al Bilancio Riordino istituzionale, Risorse umane e Pari opportunità: <https://parita.regione.emilia-romagna.it/osservatorio-regionale-violenza-genere>.

Gli autori raccomandano di raccogliere le informazioni sulla storia del comportamento e degli atteggiamenti del maltrattante da diverse fonti, in quanto l'inchiesta diretta con loro non è sempre affidabile. Le fonti dovrebbero includere la madre, i figli, i partner passati dell'abusante, il personale scolastico e chiunque abbia assistito a eventi rilevanti, e poi i tribunali, la documentazione di polizia, quella delle strutture di protezione dei minori e sanitaria. I dati raccolti dovrebbero quindi essere applicati per valutare ciascuno dei seguenti punti:

- 1) Livello di pericolo fisico per la madre - maggiore è la gravità o la frequenza del livello di violenza esercitata sulla donna, maggiore è il rischio per i figli di diventare oggetto di maltrattamento da parte dei padri (Straus e Al., 1990). Il livello di violenza è anche un indicatore predittivo della probabilità di *escalation* degli atti violenti e di esito letale anche dopo la separazione (Buccoliero e Soavi, 2018).
- 2) Storia di abusi fisici nei confronti del figlio - è importante valutare le credenze e gli atteggiamenti del perpetratore verso l'educazione e la disciplina, compresi i comportamenti agiti per esercitarla.
- 3) Storia di abusi sessuali o violazioni dei confini nei confronti del figlio - alla luce della elevata correlazione tra violenza domestica e abuso sessuale, è importante esplorare l'atteggiamento del genitore violento verso la sessualità del figlio (rispetto della *privacy* e dei confini corporei, esposizione a materiale pornografico, contatto fisico intrusivo, presenza di un segreto imposto al figlio).
- 4) Storia dell'abuso emotivo nei confronti della madre e/o del figlio - la ricerca indica che il grado di abuso emotivo esercitato dal genitore violento è un fattore determinante della gravità e delle difficoltà sviluppate dai bambini esposti a violenza domestica, ancor più distruttivo della stessa violenza fisica. Pertanto, è importante esplorare i comportamenti che hanno prodotto angoscia e terrore.
- 5) Livello di controllo coercitivo e/o manipolativo esercitato dal genitore violento verso il partner e il figlio.
- 6) Livello di egocentrismo e autoreferenzialità del perpetratore - il discontrollo degli impulsi, nel perpetratore, spesso è scatenato dalla insoddisfazione dei propri bisogni personali, a partire da aspettative irrealistiche/distorte verso il partner e il figlio, pertanto è una dimensione che deve essere inclusa nella valutazione.
- 7) Strumentalizzazione del figlio e discredito della figura materna anche dopo la separazione.
- 8) Livello di coinvolgimento/rischio del figlio nella violenza domestica, a partire dalla gravidanza.
- 9) Livello di negligenza/grave trascuratezza genitoriale.
- 10) Rifiuto di accettare la fine della relazione coniugale che, di per sé, costituisce un fattore altamente predittivo di rischio di femminicidio.
- 11) Livello del rischio di rapimento del figlio (rinnovi improvvisi del passaporto o rifiuto di consegnare alla madre il passaporto del figlio, apparizioni a sorpresa nella scuola del figlio, piani di viaggio inspiegabili...).
- 12) e 13) Storia di abuso di sostanze e/o problemi di salute mentale.

In sintesi, è raccomandabile:

- creare condizioni di sicurezza fisica (scelte adeguate alla protezione del figlio e della madre);
- acquisire informazioni di base sullo sviluppo del figlio e comprendere le conseguenze della sua esposizione alla violenza;
- conoscere ed esplorare il funzionamento delle relazioni violente nella coppia;
- sostenere la donna nell'uscita dalla violenza e nel procedimento giudiziario;
- valutare le risorse oltre ai deficit nella relazione madre-figlio;
- ricevere assistenza e consulenza per gestire i contatti con l'ex partner e negoziare le forme più protette e adeguate di accesso del figlio al padre (Bessi e Bianchi, 2012);
- garantire il sostegno terapeutico alla relazione madre-figlio (individuale e genitore-figlio);
- assicurare che le opinioni del figlio siano considerate nelle decisioni sulla genitorialità (oltre il diritto di visita);
- laddove presenti, coinvolgere i centri per la cura degli uomini violenti;
- sensibilizzare e formare gli insegnanti, i pediatri, i MMG, ecc. all'ascolto per fornire ambienti in cui i bambini, i ragazzi e i genitori possano parlare e chiedere aiuto.

3.4 Focus su Psichiatria e SerT, nodi importanti della “rete”

Nei servizi per le tossicodipendenze si è molto lavorato per affinare la collaborazione con i servizi psichiatrici a seguito dell’aumento della complessità della condizione psicopatologica degli utenti, mentre maggiori difficoltà si riscontrano ancora oggi nelle modalità di collaborazione con i servizi di protezione dei minori di età.

Gli operatori della tutela lamentano la riluttanza, sovente, dei servizi psichiatrici e dei servizi per la cura delle dipendenze a farsi coinvolgere in un progetto di protezione del figlio in cui prevale la funzione di controllo sul genitore adulto, funzione sentita come contrastante rispetto al ruolo terapeutico.

Le maggiori difficoltà di collaborazione si concentrano sul problema della costruzione di un oggetto di lavoro comune, ovvero riuscire a “stare sulla stessa pagina” (D’Ambrosio e Sarti, 2017). Occorre tener conto che esiste ampia evidenza scientifica nel considerare la malattia mentale del genitore, così come la tossico/alcol dipendenza, come uno dei fattori di rischio più rilevanti per la condizione di disadattamento/maltrattamento/del figlio. Allo stesso tempo, occorre considerare che la presenza di una psicopatologia nel genitore non implica, di per sé, una condizione di pregiudizio. Ancora una volta, è necessaria l’adozione di una prospettiva multidisciplinare.

La valutazione della personalità, delle caratteristiche personali e delle abilità genitoriali deve perciò essere esplorata e declinata nel contesto di quel specifico sistema familiare, delle risorse parentali e sociali in una prospettiva ecologica, che parta da “quel” particolare figlio, escludendo qualsiasi aprioristica e deterministica correlazione tra psicopatologia e capacità genitoriale (Ciliberti, Alfano e Al., 2012; Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, 2009).

In particolare la letteratura scientifica è concorde nel rilevare che i genitori tossicodipendenti presentano in genere rilevanti difficoltà nel comprendere i bisogni dei propri figli, difficoltà che spesso non sono semplicemente un effetto diretto dell’assunzione di droga, bensì il prodotto di sviluppi traumatici, che precedono l’incontro con la sostanza. Si assiste a una trasmissione della sofferenza da una generazione all’altra: la generazione precedente non riconosce, non si assume e, quindi, non elabora la propria sofferenza e la affida, immodificata, alla generazione successiva. Questo aspetto raramente porta a una esplicita richiesta di aiuto, proprio per le stesse premesse che hanno portato allo sviluppo della psicopatologia (D’Ambrosio e Sarti, 2017).

Le peculiari difficoltà dei genitori tossicodipendenti riguardano: la regolazione degli stati affettivi (problema spesso all’origine della tossicodipendenza) e la sintonizzazione emotiva con il figlio, variabili che dovranno, pertanto, essere sempre esplorate.

Raccomandazioni pratiche per potenziare la resilienza nelle relazioni di cura (Walsh, 2008, adattato da Cheli, Mantovani e Mori, 2015)

- Assumere una prospettiva centrata sul disagio più che sul deficit e dare rilevanza alle storie familiari: collocare nel tempo e in una prospettiva storica le difficoltà.
- Garantire sicurezza: adottare un atteggiamento accogliente, non giudicante e rispettoso. Fornire spiegazioni sulle conseguenze delle esperienze sfavorevoli nel *parenting* (psicoeducazione).
- Adottare un linguaggio rispettoso e comprensibile: garantire trasparenza degli interventi, affidabilità, coerenza e inclusione nelle decisioni e negli interventi.
- Ampliare la prospettiva: coinvolgere e attingere dalle risorse parentali estese, locali, sociali: attivare sistemi di sostegno parentali, sociali, istituzionali. In altre parole, adottare un approccio ecologico nel senso letterale del termine, ovvero “non buttare via nulla”.
- Assumere fin dall’inizio, una prospettiva prognostica di recuperabilità dei legami famigliari guardando alle crisi come a un’opportunità per imparare, crescere e cambiare: spostare il focus dai vincoli alle possibilità e dare speranza.
- È opportuno avviare, da subito, una collaborazione ed una valutazione congiunta tra servizi sociali, consultoriali e della salute mentale, sulle aree di funzionamento e di rischio, evitando di scotomizzare il paziente dalla sua dimensione genitoriale.
- Se da un lato è importante evitare l’identificazione automatica tra uso di sostanze, presenza di disturbo mentale e comportamento pregiudizievole verso il figlio, è altrettanto necessario che gli operatori non trascurino mai la verifica dell’ipotesi contraria, ossia la possibilità che il bambino sia a rischio di trascuratezza, insoddisfatto nei suoi bisogni relazionali e affettivi, scarsamente tutelato.

- La ricerca sottolinea il ruolo delle esperienze sfavorevoli e degli sviluppi traumatici nella traiettoria di vita del genitore/paziente, anche nell'acquisizione di una genitorialità sufficientemente buona; variabili che andrebbero sempre esplorate dagli operatori della Psichiatria e del Sert, per cercare di dare senso e significato alle difficoltà del paziente come genitore, nell'ottica di una prospettiva trans generazionale, sostenendo le altre figure di riferimento (parenti, vicinato, volontari ecc.) come "tutori di resilienza" e i genitori nel recupero delle loro funzioni (D'Ambrosio e Sarti, 2017).

Capitolo 4

Le dimensioni da valutare

È ormai ampiamente condiviso che la genitorialità è una funzione processuale composta (Fava Viziello, 2003), così come la valutazione è un processo progressivo di conoscenza (Di Blasio, 2005) che procede per cerchi concentrici: dall'individuo alle sue relazioni, all'ambiente prossimale a quello distale, in cui si ricercano i significati dei comportamenti disadattativi per promuoverne il cambiamento. Pertanto, la valutazione delle competenze genitoriali deve essere intesa come una valutazione dinamica che tenga conto, contemporaneamente, delle interazioni reali e rappresentative fra genitori e figlio (con le sue specificità e problematiche), delle storie personali dei genitori, delle esperienze avute come figli, delle personalità, della storia di coppia, del rapporto con le famiglie di origine, dello stile di funzionamento verso il contesto sociale e, infine, delle risorse presenti in quest'ultimo.

Come già ribadito, la valutazione di recuperabilità del danno evolutivo e della genitorialità è sempre un lavoro integrato che prevede fasi congiunte e fasi disgiunte, in cui i singoli professionisti svolgono attività valutative professionalmente e tecnicamente più specifiche e in autonomia ricomponendo gli elementi in una cornice integrata. Ciò, di per sé, giustifica l'importanza di adottare e condividere "mappe" per orientare gli interventi che, prima o poi, debbono essere ricomposti.

A nostro parere, la cornice teorica di riferimento più adatta a non "perdere di vista" il minore di età durante il processo di progettazione e, al contempo, più rispettosa della complessità del fenomeno in cui interveniamo, è il Modello dell'Ecologia dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979), quindi multidimensionale, dal quale prendono corpo l'*Assessment Framework* da cui deriva "Il Mondo del Bambino" (fig.2)⁶ e il Modello *Process-Oriented* sui fattori di rischio e di protezione.

4.1 L'*Assessment Framework* (si veda Allegato C) e il Modello *process-oriented* sui fattori di rischio e di protezione (si veda Allegato A)

L'*Assessment Framework* costituisce il quadro di riferimento per la valutazione e la progettazione degli interventi (Serbati e Milani, 2013), adottato all'interno del Progetto Ministeriale P.I.P.P.I⁷ e sperimentato in questi anni anche nella nostra Regione. Nel Dicembre 2017 il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha approvato le Linee di Indirizzo Nazionali "*L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva*" documento che ne ribadisce l'importanza.

Figura 1 - *Assessment Framework*



(White A., 2005; Serbati S., Milani P., 2013)

⁶ Il quale rappresenta l'adattamento italiano dell'esperienza del Governo inglese che, a partire dagli anni Novanta (Parker et al., 1991; Ward, 1995), ha avviato il programma governativo *Looking After Children* (Gray, 2002) con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di efficacia degli interventi sociali in vista di uno sviluppo ottimale dei bambini in carico ai Servizi.

⁷ P.I.P.P.I è un progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, per sperimentare un approccio di intervento qualificato, intensivo e verificabile, nelle situazioni di bambini e ragazzi che vivono in condizioni di negligenza. Il coordinamento è in capo alla Prof.ssa Paola Milani di Labrief - UniPD.

Figura 2 - Il Modello multidimensionale de “Il Mondo del Bambino” adattamento italiano (Labrief - Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare)



LaBRIEF (2013), Rielaborazione da Dep. of Health (2000); Dep. for Education and Skills (2004, 2006); The Scottish Government (2008)

L’approccio ecosistemico che si articola sulla base di questo modello multidimensionale triangolare ha una doppia funzione, è infatti cornice metateorica e interdisciplinare per facilitare l’analisi, la progettazione e la valutazione condivisa nell’*équipe*, ma è anche strumento concreto per facilitare la partecipazione dei bambini e dei genitori/familiari ai processi valutativi e decisionali di cui sono protagonisti. Tale modello struttura, inoltre, la formulazione rigorosa e sistematica di descrizioni accurate della situazione come si presenta “qui e ora”, sottolineando la necessità e l’importanza della comprensione degli eventi attraverso la narrazione dei loro protagonisti, al fine di individuare gli interventi da mettere in campo e identificare i possibili miglioramenti (progettazione).

Il metodo è quello della valutazione partecipativa e trasformativa: analisi della situazione, individuazione dei risultati attesi, verifica del loro raggiungimento e riprogettazione in forma continua nell’*équipe*, con la ricerca continua, laddove possibile, del coinvolgimento attivo della famiglia in tutte le fasi del processo di lavoro.

Il Modello *process-oriented* sui fattori di rischio e di protezione

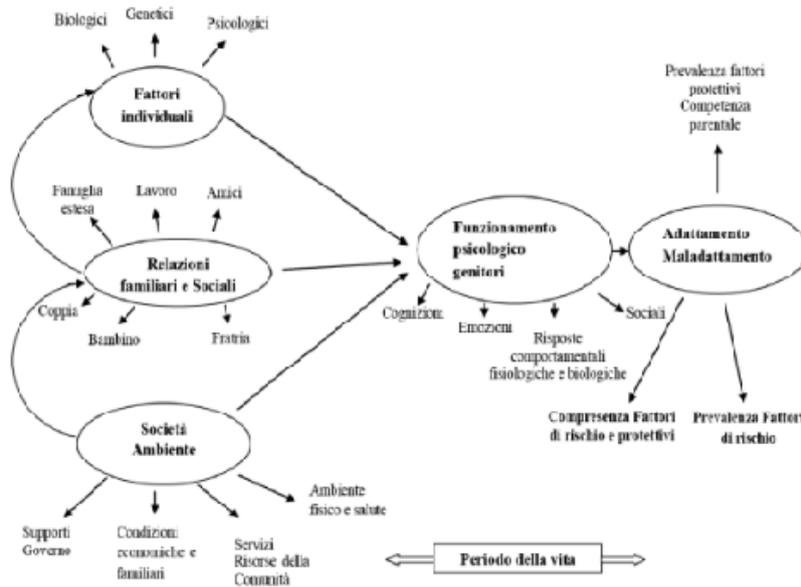
In un’ottica ecologica, la qualità della genitorialità viene letta cogliendo sia i fattori di rischio e di stress, che le risorse ed i fattori di resilienza. I servizi sociali, nello svolgere il compito di valutazione delle relazioni familiari, pongono al primo posto delle numerose aree in cui articolano l’osservazione e la valutazione delle risorse presenti nel contesto sociale.

Il protocollo sui fattori di rischio e di protezione elaborato da Di Blasio e coll. si ispira, nelle sue linee generali, sia ad altri lavori sul rischio psicosociale, sulla violenza e sull’abuso all’infanzia, sia all’approccio *process-oriented* utilizzato nella psicopatologia dello sviluppo per descrivere la complessa articolazione di elementi che entrano in gioco nei percorsi evolutivi e nei processi sottesi alle dinamiche dell’adattamento e del maltrattamento. In quest’ambito il modello *process-oriented* è stato modificato per adattarsi all’analisi delle competenze parentali che mettono a rischio lo sviluppo del bambino, in modo da permettere la descrizione del complesso intreccio fra fattori di rischio e fattori protettivi prossimali e distali.

Il funzionamento genitoriale è influenzato dalla dinamica processuale e dall’intreccio che viene a determinarsi tra i diversi fattori individuali: biologici, genetici, psicologici; familiari e sociali: coppia, fratria, amici, lavoro, famiglia estesa; dell’ambiente: salute e risorse della comunità.

L’attenzione ai fattori di rischio e ai fattori protettivi è particolarmente utile, poiché permette di comprendere più approfonditamente come l’esito di adattamento o di “mal-adattamento” delle competenze genitoriali sia, in realtà, un percorso costellato da eventi accidentali, incontri e legami significativi, da condizioni esistenziali e anche da prerequisiti che acquistano il loro significato alla luce delle dinamiche e delle interconnessioni che vengono a determinarsi tra diversi elementi.

Figura 3 - Aree da includere nella valutazione: Modello process-oriented sui fattori di rischio e di protezione



(adattato da Di Blasio e Coll., 2005 (tratto da Cheli, Mantovani e Mori, 2015))

4.2 La valutazione sociale

Il legislatore⁸ individua nel servizio sociale competente territorialmente la responsabilità assistenziale e giuridica della protezione e tutela dei minorenni, presenti stabilmente o transitanti, in un determinato territorio.

Questo ruolo di regia del progetto di intervento a sostegno del minorenne trova ulteriore conferma all'art. 6 del DPR 448/88 nonché per quanto previsto nelle Leggi 184/83 e 328/2000 ed individua un unico interlocutore con cui l'Autorità Giudiziaria si relaziona per le procedure pendenti, tanto in materia civile che penale.

La delicatezza della materia e la necessità di compiere scelte che possono essere decisive per tutta la vita del minore di età, fanno assumere grande rilevanza al lavoro dell'assistente sociale nella utilizzazione degli strumenti specifici del servizio sociale: il colloquio, la visita domiciliare, la relazione, la documentazione (Galli, 2008). Obiettivo della valutazione sociale è raccogliere informazioni sulle condizioni di vita del bambino/adolescente, sulla sua famiglia e sulle relazioni familiari, per comprendere se sussistono condizioni di rischio o di pregiudizio più o meno gravi che rendano necessario attivare provvedimenti di protezione e tutela.

Si tratta di una valutazione complessa e intersecata con quella svolta da altri professionisti, affiancandosi e integrandosi con la diagnosi medica, psicologica e la valutazione educativa, (Montecchi, 2016) e finalizzata alla definizione del progetto integrato di intervento per la recuperabilità del danno evolutivo del bambino o ragazzo e delle competenze genitoriali. In pratica si tratta, raccolte tutte le informazioni necessarie, di pianificare l'intervento, di garantire il coordinamento tra tutti i soggetti coinvolti. Per costruire il programma di intervento, l'assistente sociale dovrà mettere a fuoco i temi e gli ambiti che affronterà, man a mano che completa l'esplorazione delle Aree dell'Assessment Framework e si sarà formata una visione più chiara delle aree in cui il genitore presenta punti di forza e punti di debolezza specifici, nonché delle condizioni ambientali e del contesto che possono ridurre o amplificare il rischio, mentre altri professionisti procedono con la valutazione del danno evolutivo.

In particolare, all'assistente sociale compete produrre una valutazione su alcune specifiche aree oggetto di studio dell'intervento professionale che Prizzon (2006) individua nelle seguenti:

- **l'abitazione**, intesa come luogo di vita della persona e/o del nucleo familiare, il luogo degli affetti e della vita di comunità ad esempio: ubicazione nel contesto urbano, di vicinato, condizioni igienico-sanitarie, organizzazione degli spazi, ecc.;

⁸ In materia sociale il DPR. 616/77 stabilisce: "Art. 25. Attribuzioni ai comuni. Tutte le funzioni amministrative relative all'organizzazione ed alla erogazione dei servizi di assistenza e di beneficenza, di cui ai precedenti articoli 22 e 23, sono attribuite ai Comuni.

- le **relazioni familiari**, intese come quel sistema di rapporti che i soggetti costruiscono nell’ottica di un riconoscimento reciproco e di sviluppo di legami affidabili, di socializzazione primaria, ad es. le caratteristiche della struttura familiare, la storia, il ciclo di vita, le caratteristiche delle funzioni educative, le strategie di fronteggiamento degli eventi stressanti;
- le **relazioni sociali**, ovvero le dimensioni di rapporto che i soggetti mantengono con le reti sociali, quali esperienze di vita nella comunità, la partecipazione sociale più o meno attiva, ad es. volontariato, impegni di prossimità e di vicinato, la capacità di fidarsi di reti sociali e di chiedere aiuto, ecc.;
- la **salute**, intesa in modo olistico, ossia come una condizione fisica, psichica e sociale del soggetto e/o del nucleo familiare dentro le reti primarie. In quest’area si analizzano le ricadute di un venire meno dello stato di salute sulla qualità della vita dei soggetti implicati, il lavoro di cura richiesto, il carico assistenziale, la conciliazione con i tempi di lavoro, con i compiti e le funzioni sociali dei soggetti coinvolti;
- la **situazione economica**, ossia il sistema delle entrate e delle uscite di quel soggetto e/o del nucleo familiare, come le risorse sono gestite, tenendo conto delle fonti, dell’entità e della capacità di sostenere gli impegni finanziari assunti e degli strumenti codificati per legge (ad es. ISEE);
- il **lavoro**, cioè la tipologia dell’attività svolta, il rapporto instaurato, la durata e la capacità di mantenimento, esperienze professionali e competenze acquisite, ecc.;
- l’**istruzione**, intesa come percorso formativo svolto dai soggetti, scuole frequentate, ausili e facilitatori utilizzati, esperienze maturate nel rapporto con il sistema scolastico, autonomie sviluppate, prospettive future, ecc.;
- l’**autonomia**, ossia la capacità di svolgere compiti nella quotidianità come ad es. preparare i pasti, fare la spesa, utilizzare i mezzi di trasporto, ecc. Sono indicatori importanti perché attraverso i concetti di capacità e di performance si può misurare con maggior chiarezza limiti e potenzialità delle persone;
- le **dipendenze**, intese come utilizzo di sostanze e/o stili comportamentali che espongono i soggetti a un elevato rischio per il proprio stato di salute. Pertanto sono prese in considerazione sia le dipendenze da sostanze alcoliche, psicotrope e da tabacco, sia quelle da gioco, ponendo attenzione alle ricadute familiari e sociali che tali comportamenti producono sul contesto di vita della persona;
- la **posizione giudiziaria**, riferita ai rapporti intrattenuti dal soggetto e/o dal nucleo familiare con il sistema normativo e giudiziario di riferimento. In particolare, vengono analizzate le azioni giudiziarie subite, le limitazioni alla libertà, la capacità di agire e di rappresentanza.

Ognuna di queste aree può essere descritta attraverso indicatori di benessere e di criticità implicati nella complessità della situazione del bambino e del suo contesto familiare.

Per ulteriori approfondimenti si vedano: Allegati A, B e C in questo Quaderno; Cheli, Mantovani e Mori (a cura di), 2015; Serbati e Milani, 2013; Corradini, 2018).

Raccolte le informazioni necessarie ad un primo inquadramento diagnostico, è raccomandabile prendersi un tempo di riflessione per analizzare l’emergere di nuovi elementi, nuove questioni, che devono essere discusse con la famiglia e con i professionisti coinvolti.

- la **relazione tra la famiglia e i servizi**, cioè il livello di adesione, di consapevolezza e di apertura mostrati dalla famiglia nell’incontro con gli operatori dei servizi. Il tipo di relazione che si manifesta, da coinvolgente-collaborativa a compiacente-conflittuale ed alla cui costruzione concorrono in modo significativo le competenze comunicative e relazionali dell’operatore stesso, rappresenta un indicatore significativo circa la possibilità di compiere un percorso di cambiamento.

Raccomandazioni

Prendere in considerazione tutte le fonti di informazione incluso il lavoro diretto con il figlio coinvolgendo e collaborando con l’educatore professionale (osservare e impegnarsi con, parlare e intraprendere attività con il bambino), osservazioni, interviste semi-strutturate con i genitori e familiari, altri servizi, documenti comprese valutazioni precedenti, e qualsiasi altra fonte ritenuta pertinente.

Bisogni del figlio, capacità genitoriale, fattori ambientali

La cura e l'educazione dei bambini non avviene nel vuoto. Qualsiasi valutazione deve considerare l'impatto della cerchia più ampia della famiglia e della storia familiare, sulle risorse prossimali disponibili. Questo compito di regia complessiva delle informazioni, di raccordo tra i diversi professionisti, di costruzione e aggiornamento continuo del progetto integrato di intervento spetta, *in primis*, al servizio sociale professionale.

In tale processo la valutazione dei bisogni del figlio deve essere (e rimanere) al centro del *focus* della lettura multidimensionale e multidisciplinare. Da questo punto di vista il confronto consente una chiara comprensione dei bisogni tipici del bambino/ragazzo in relazione alla fase del suo sviluppo ed al ciclo di vita della sua famiglia.

Durante tutto il percorso di valutazione del danno evolutivo e della recuperabilità genitoriale l'assistente sociale è la figura professionale che, per la funzione di responsabilità istituzionale assegnata, rischia di essere maggiormente esposta alle conflittualità della famiglia, in alcuni casi rappresentata anche da avvocati di parte, e da altri soggetti della rete coinvolti nella situazione. Occorre pertanto essere vigili nel non entrare in simmetria, bensì orientarsi preferibilmente verso la complementarità. A tal proposito Corradini (2018) afferma che *“una valutazione che rispecchia il punto di vista di tutti gli interessati e che viene costruita insieme a loro (inclusi gli avvocati - nota del redattore) porta sicuramente a una lettura della situazione più “oggettiva” rispetto a una visione parziale, comprensiva solo delle osservazioni dei professionisti. Più oggettiva in quanto più ampia e maggiormente corrispondente alla realtà”*.

In tal senso anche il lavoro di *équipe* multi-professionale rimane un dispositivo fondamentale a tutela dei destinatari degli interventi e dei professionisti coinvolti.

L'equipe multi professionale

Il buon andamento del lavoro congiunto dipende, in buona misura, dalla disponibilità al confronto, dalla flessibilità dell'intervento, dal raggiungimento di un accordo tra i professionisti coinvolti nel processo di valutazione sulla cornice metodologica (chi fa che cosa e perché). Potrebbe essere necessario considerare il coinvolgimento di professionisti specializzati per integrare l'esplorazione e la conoscenza delle dimensioni di vita del figlio, come gli operatori della salute mentale, delle dipendenze (si veda paragrafo 3.4).

Tra le funzioni principali del servizio sociale professionale vi è quello di pianificare, allestire riunioni tra i diversi professionisti, chiarire il ruolo di regia dell'assistente sociale e programmare incontri periodici per aggiornare e monitorare il processo complessivo di intervento e il suo andamento. Così come affrontare immediatamente dubbi o disaccordi, predisponendo una riunione con tutti i professionisti coinvolti, eventualmente programmando una consulenza per l'*equipe*.

La letteratura scientifica nazionale ed internazionale è concorde nell'affermare che la partecipazione attiva della famiglia, prendere parte alle discussioni su come, da chi e dove verrà condotta la valutazione, nonché sugli obiettivi, favorisce il processo di cambiamento e di apprendimento. Allo stesso modo, a seconda dell'età e dello sviluppo, coinvolgere, ascoltare e lavorare in modo trasparente e comprensibile con il figlio/i è indispensabile, e produce risultati più efficaci. Citando Serbati e Milani (2013), che parlano di valutazione “tras-formativa”, a indicare *“come sia possibile, quando il percorso di assessment è condotto in maniera partecipata, innescare fin da subito la miccia del cambiamento”*.

Raccomandazioni

Predisporre una riunione di famiglia, anche allargata, previo consenso dei genitori, simile alla riunione multidisciplinare dei professionisti, per giungere a un accordo scritto sul percorso, sugli obiettivi e le tappe. Questo dovrebbe avvenire nella fase iniziale e in itinere, anche in relazione all'aggiornamento e verifica della situazione. Così come è raccomandabile definire con i soggetti coinvolti un calendario degli incontri, anticipando ciò che verrà discusso in ogni incontro.

4.3 La valutazione educativa

L'aumento della domanda di educazione in nuovi ambiti psico-sociali, che esulano dai contesti pedagogicamente tradizionali, ha richiesto ai servizi educativi di ripensare al proprio ruolo e agli strumenti utilizzati per rispondere in modo adeguato a nuove sfide educative, ancora in fase di studio.

Gli strumenti educativi⁹, di fatto, sono frutto dell'esperienza consolidata di *équipe* operative strutturate da tempo e impegnate nell'ambito dell'intervento e della valutazione nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. A partire da un approccio teorico di riferimento e dal confronto inter-professionale ciascuna *équipe* educativa ha messo a punto il proprio insieme di dispositivi che, pur nelle diversità, dovrebbe avere alcune caratteristiche comuni:

- tratti dalla letteratura ed eventualmente riadattati;
- obiettivi educativi definiti;
- azioni concrete e misurabili;
- orientanti non solo nel qui ed ora ma anche nel loro incidere nel tempo, passato e futuro;
- condivisi con l'*équipe* multidisciplinare.

Attraverso costanti confronti, rispecchiamento emotivo e il tentativo di rappresentare nel quotidiano i bisogni del figlio fornendo esempi concreti, l'educatore opera con l'obiettivo di stimolare una spontanea spinta al cambiamento funzionando, al contempo, come una sorta di "io ausiliario" e come "guida prossimale" o "ponte" tra due rive: il servizio e l'Autorità Giudiziaria da una parte e la dimensione privata della famiglia dall'altra. La capacità di mettersi in discussione, la disponibilità ad accogliere un sostegno, nonché una maggiore consapevolezza in merito alla propria situazione ed ai propri comportamenti, sono da considerarsi elementi prognostici positivi per il recupero delle competenze genitoriali.

La logica sottesa è quella del prendersi cura delle famiglie anche nella fase di valutazione riportando tra le due "sponde" gli elementi osservativi raccolti, alla luce del principio di trasparenza.

L'intervento educativo volto all'osservazione e alla valutazione della genitorialità si colloca nella dimensione privata del figlio e della sua famiglia, prevede tempi prestabiliti e, al contempo, flessibili. Tali caratteristiche consentono la raccolta di numerosi elementi descrittivi circa le dinamiche relazionali, lo stato di benessere e malessere dei soggetti, le narrazioni familiari, le abitudini e i comportamenti.

Attraverso la condivisione della vita quotidiana e l'osservazione delle dinamiche relazionali tra genitore e figlio e delle relazioni instaurate dal nucleo con l'ambiente circostante, è possibile raccogliere importanti informazioni che concorrono alla composizione di un quadro conoscitivo il più possibile completo e articolato, integrato con le componenti sociali e psicologiche.

La posizione dell'educatore consente, inoltre, di rappresentare l'intero processo in una prospettiva dinamica e di rilevare la capacità della famiglia di apportare cambiamenti, seppur minimi.

La possibilità di instaurare, nel tempo, una relazione significativa con la famiglia consente, dunque, di far emergere le fragilità esistenti ma, allo stesso tempo, di cogliere le risorse e le potenzialità, con la consapevolezza delle caratteristiche del contesto in cui interviene, il più delle volte privo di consenso (Cirillo, Di Blasio, 1989).

Griglie di osservazione

Le griglie osservative, predisposte nell'ambito della valutazione nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza sono considerate uno strumento a supporto dell'azione di osservazione poiché consentono all'operatore di focalizzare l'attenzione su una vasta gamma di comportamenti significativi e ripetuti all'interno della dinamica relazionale tra genitore-figlio. Possono essere personalizzate da parte del gruppo di lavoro ed in base all'età del figlio e indagano differenti aree di interesse:

- adesione al progetto degli adulti coinvolti e rapporto con la figura educativa;
- risposta agli input educativi;
- funzioni e ruolo dell'adulto/stile educativo;
- clima relazionale (comunicazione verbale, corporea, ludica, attraverso l'oggetto, ecc.);
- dimensione affettiva (negli incontri protetti);
- risposta ai bisogni del figlio (salute, alimentazione, ritmi sonno veglia, protezione/rischio, attaccamento, appartenenza, autostima, autocontrollo, sostiene l'autonomia del figlio, valida le sue emozioni);

⁹ Per maggiori approfondimenti si veda Allegato E

- gioco;
- scuola ed extra scuola;
- igiene, cura e ordine della persona e dell'ambiente;
- rapporti di rete.

Raccomandazioni

Il ricorso agli strumenti/griglie di osservazione è auspicabile, in particolare quelli confrontabili e più diffusi, ma essi non possono, in ogni caso, sostituire il colloquio. Inoltre, devono essere illustrati ai genitori e l'esito deve sempre essere restituito.

Gli Incontri Protetti

Tra gli interventi educativi orientati alla valutazione per il recupero delle capacità genitoriali, gli incontri protetti, accanto agli interventi educativi domiciliari, rivestono un ruolo centrale.

Gli incontri protetti si possono definire incontri tra genitori e figli svolti alla presenza di un operatore (in prevalenza educatore), con funzioni di vigilanza, sostegno e mediazione nella relazione genitore-figlio. Lo spazio protetto (Allegato E) è pensato come un luogo «dove esercitare il diritto di visita [...] il diritto alla relazione [...] un ambito terzo esterno alle vicende conflittuali» (Dallanegra e Marranca, 2001), diritto che deve essere inteso non solo come possibilità garantita dalla legge al genitore ma anche, e soprattutto, come essenza di un bisogno evolutivo del figlio (Bertotti e Bianchini, 2008).

Il primo obiettivo è quindi quello di offrire soprattutto un «contenitore qualificato per riconoscere il bisogno e i diritti del figlio (art. 9, Convenzione Onu di New York sui diritti del fanciullo, 1989).

La gamma di interventi attuabili in tale ambito e le conseguenti finalità variano a seconda della situazione per la quale è richiesto l'intervento (generalmente l'Autorità Giudiziaria):

- a) supporto al mantenimento e alla ricostruzione della relazione con uno dei due genitori in situazioni di separazione conflittuale;
- b) ricostruzione della relazione con uno o entrambi i genitori, a seguito di allontanamenti prescritti dalla magistratura, con conseguente interruzione di rapporto;
- c) mantenimento della relazione con uno o entrambi i genitori (con problemi psichiatrici, di devianza e/o dipendenza);
- d) costruzione della relazione con un genitore mai conosciuto, per un riconoscimento tardivo, o per altre vicende familiari particolarmente complesse;
- e) riconsegna del bambino al genitore affidatario, dopo lunghi periodi di lontananza, a seguito di sottrazione di minore e/o di rapimenti.

Gli incontri protetti possono, quindi, essere svolti con diverse finalità, in relazione alle quali l'*équipe* multidisciplinare stabilirà gli obiettivi e le finalità più congrue alla specifica situazione e al mandato, che funge da marca di contesto dell'intervento definendone obiettivi e finalità. Nel nostro caso, per valutare la recuperabilità delle competenze genitoriali.

In questo scenario l'educatore ha il compito di integrare, nel modello multidimensionale di intervento, gli elementi di osservazione sulle condizioni di rischio e di protezione. Pianificherà un'osservazione sistematica delle relazioni genitori - figlio, allo scopo di valutare le competenze genitoriali nel prendersi cura del bambino (dalla risposta ai bisogni primari a quelli emotivi e affettivi) al fine di accompagnare il genitore in un percorso di riconoscimento dei bisogni evolutivi del figlio, assumendo un ruolo pro-attivo, ovvero non si limita ad osservare, bensì accompagna e sollecita il genitore in un percorso orientato alla consapevolezza del suo ruolo cruciale per la futura salute del figlio.

La valutazione delle risorse che progressivamente emergono nel bambino e nei suoi adulti costituisce la base su cui si ridefiniscono strategie, obiettivi e risorse professionali dell'intervento stesso. Ciò giustifica, di per sé, l'intervento congiunto in *équipe* multidisciplinare.

Raccomandazioni

È raccomandabile che l'educatore sia formato alla psicoeducazione, che sia aggiornato sugli

sviluppi traumatici complessi e sulle conseguenze delle esperienze di maltrattamento/abuso nei soggetti in età evolutiva e negli adulti, per comprendere (e restituire comprensione), affrontare e gestire le reazioni traumatiche. Ciò richiede che l'educatore assuma un ruolo pro-attivo prima, durante e dopo lo svolgimento dell'incontro protetto.

Gli Interventi educativi domiciliari

Questo tipo di intervento si attua attraverso la presenza dell'educatore all'interno del contesto di vita del minore, quale: l'abitazione, il quartiere e i luoghi di aggregazione.

Proprio la presenza dell'educatore, nel qui e ora, nel contesto di vita delle famiglie che implica l'assenza di confini, di tempi e di spazi connotati istituzionalmente costituisce l'aspetto ineliminabile dell'intervento stesso, che comporta vantaggi ma anche alcuni rischi dei quali l'operatore deve essere consapevole:

- coinvolgimento all'interno delle dinamiche relazionali che potrebbe determinare uno sbilanciamento [su più fronti: la sola tutela dei diritti del figlio; la protezione del genitore vulnerabile (rischio di collusione); la protezione dell'intero nucleo familiare rispetto all'esterno (contesto sociale, servizi e istituzioni)];
- invischiamento in dinamiche di sofferenza intensa, difficili da affrontare;
- prospettiva che lascia ancora troppo fuori dalla progettazione genitori, minori e famiglie, a volte relegati al ruolo di meri fruitori di servizi;
- solitudine dell'educatore se non ha accesso alla risorsa équipe multiprofessionale;
- tendenza a operare in modo frammentato e poco integrato, con il rischio di favorire lo sviluppo di visioni unilaterali, scisse e a volte conflittuali.

Raccomandazioni

- disporre di strumenti strutturati e condivisi per la progettazione e la gestione degli I.E.D. che specifichi: tempi, obiettivi, strumenti, spazi, relazioni, valutazione e monitoraggio;
- favorire il coinvolgimento attivo dei destinatari dell'intervento (in particolare nella fase di progettazione), predisponendo anche momenti di verifica degli obiettivi e dei risultati conseguiti;
- acquisire una conoscenza approfondita del territorio per la progettazione e realizzazione di interventi in integrazione e collaborazione con altri soggetti (istituzionali e associativi, pubblici e privati) presenti e attivi sul territorio (adozione di una prospettiva ecologica).

4.4 La valutazione psicologica

Valutazione del danno nel bambino e indicazioni di trattamento

L'evoluzione del figlio va analizzata attraverso la ricostruzione anamnestica delle figure di riferimento, osservazioni dirette, indirette del contesto ambientale in cui vive (famiglia, scuola, comunità, ecc.) e somministrazioni di test di valutazione dello stato psico-affettivo. Oltre alla descrizione sintetica degli esiti occorre definire la diagnosi categoriale (ICD) e/o la valutazione clinico funzionale del minore di età.

Le condotte di abuso e maltrattamento hanno una varietà di ricadute a breve e lungo termine (si veda Allegato C - Aree dello sviluppo da valutare nei bambini esposti a traumi complessi) variabili da caso a caso, in prima battuta in funzione di quanto i diversi parametri di gravità si configurano rispetto alla traiettoria di crescita del bambino; la loro intensità, pervasività e sistematicità.

In seconda istanza assume rilievo la salienza del ruolo ricoperto dal perpetratore della condotta maltrattante (la prossimità del genitore, che può essere o meno convivente, così come l'intimità del legame di *caregiving*) e l'eventuale coinvolgimento di altri adulti (genitori o familiari) che testimoniano tale condotta, unitamente al ruolo che esercitano nello scenario di abuso (ad esempio: testimoni impotenti, timidi consolatori, confidenti empatici e supportivi in grado di proteggere e promuovere un riscatto nel minore). All'estremo opposto, infine, troviamo le caratteristiche intrinseche del singolo bambino, che fungono da profili di resilienza personale in grado di modulare, anche di molto, l'effetto traumatico (età, caratteristiche temperamentali, dotazione cognitiva, competenze riflessive).

Tale è la variabilità di tutti i casi citati, che la formulazione di indicazioni puntuali, attendibili e generalizzabili per valutare il danno evolutivo del maltrattamento e dell'abuso risulta un obiettivo irrealistico nell'economia di questo quaderno. Per questo motivo, si è preferito scegliere una fattispecie particolare di maltrattamento, quello della violenza assistita, e utilizzarla come studio di caso, a paradigma di tutti gli altri. La concettualizzazione e i modus operandi adottabili dal professionista per la valutazione del danno da esposizione interpersonale, potranno fornire quindi indicazioni da generalizzare e declinare nei casi in cui siano presenti altre forme di maltrattamento e abuso.

Focus Valutazione del danno nel bambino in casi di violenza assistita

Oltre al valore euristico insito nel restringere il focus di studio, un altro motivo che suggerisce di trattare il tema della Violenza Assistita (d'ora in poi, VA) è la sua grande diffusione, la sua considerazione ancora limitata nella sensibilità dei professionisti della cura, e il grado di co-occorrenza con le altre condotte che minacciano l'infanzia (sopra gli altri, l'incuria, l'abuso sessuale, il maltrattamento fisico e psicologico).

La VA è definibile come qualsiasi maltrattamento (violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica) perpetrata su figure di riferimento o altre figure affettivamente significative adulte e minori, cui il bambino assista direttamente o indirettamente. Si include l'assistere alle violenze messe in atto da minori su minori o su altri membri della famiglia, l'abbandono e il maltrattamento ai danni di animali domestici. E' detta anche *domestica* o *intrafamiliare*, e il bambino può esservi coinvolto direttamente se gli atti avvengono nel suo campo visivo o uditivo, oppure indirettamente, quando ne viene a conoscenza in un momento successivo o ne inferisce l'accadimento percependone gli effetti (lividi, tagli, escoriazioni, ma anche rottura di suppellettili). Non si annovera nella VA il semplice conflitto in cui il bambino percepisca una condizione di pariteticità di ruolo tra gli coinvolti.

Le variabili con cui può presentarsi e che concorrono a determinarne gli effetti traumatici sono: la frequenza degli episodi, la loro gravità, e il ruolo giocato dal bambino al loro interno. Si determina quindi un profilo con due continuum: occasionale <—> sistematica (della violenza) e passivo <—> coinvolto (in capo al bambino). La disposizione ortogonale di questi assi può permettere di codificare gli episodi all'interno di quattro profili, che possono fungere da primo elemento su cui incardinare ulteriori valutazioni circa il grado di danno psicologico.

Come detto, assai raramente la VA si presenta come sindrome isolata, ma è per lo più associata ad altre Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI, o ACE: Adverse Childhood Events), e proprio per il suo ruolo di forte predittore di altre forme di maltrattamento e abuso, deve suggerire al clinico una esplorazione anamnestica più ampia e dettagliata.

Si propone di seguito una distinzione delle conseguenze psicologiche della VA, per come si presentano a livello affettivo, cognitivo e comportamentale.

Livello affettivo

Gli effetti psicologici sul bambino dipendono dalla fenomenologia: la percezione di un forte e incontrollabile pericolo che grava su una figura di riferimento (tipicamente la madre) inerente un'aggressione perpetrata da un'altra figura di riferimento (tipicamente il padre o altro partner) induce nel bambino uno stato di terrore panico che facilmente ne sovrasta le capacità di contenimento emotivo. La percezione di un pericolo per l'incolumità di una figura affettivamente significativa è una condizione talmente spaventante da essere traumatogena in sé; inoltre poiché l'aggressione colpisce proprio una fonte della sicurezza di cui ha bisogno, essa può determinare gravi disturbi ai costrutti profondi dell'attaccamento e dell'intersoggettività.

Caratteristica distintiva dell'essere testimone di un agito è l'inibizione o la rottura delle capacità di significazione e simbolizzazione, con eruzione di affetti primitivi (come il panico e il terrore): una esposizione massiccia a questa condizione può comportare disorganizzazione dell'attaccamento, in cui l'adulto perde la funzione di esoregolatore fine ed efficace degli stati affettivi del bambino; ne consegue sovente un disturbo delle funzioni di regolazione omeostatiche e vegetative.

Livello cognitivo

La ripetitività e l'imprevedibilità del comportamento violento campeggia nel campo percettivo del bambino, lo priva di agency e mastery, ed è per questo facile che si strutturi uno stile di attribuzio-

ne esterno della causalità (“*io non ho controllo sugli eventi della mia vita*”). Quando si raggiungono livelli estremi, l'effetto è completamente disorganizzante: l'esposizione alla violenza determina una angoscia e una disperazione irreparabili e il bambino può strutturare alterazione della percezione e del pensiero con l'emersione di fantasie, costrutti bizzarri e spiegazioni autonome e slegate dal senso di realtà (“*oggi è un giorno pari, succede sempre qualcosa di brutto nei giorni pari*”) e autoriferite (“*non devo guardare papà negli occhi*”). Esposto alla totale incontrollabilità e imprevedibilità del corso degli eventi, è frequente che il bambino costruisca pseudospiegazioni in cui attribuisce a sé la causa dei problemi domestici. Nei vissuti di colpa e vergogna che accompagnano questi bambini dobbiamo ravvedere un estremo, disperato tentativo di non cedere al nonsenso e all'inspiegabilità, preferendo a incertezza tanto traumatica, l'assunzione della parte del *cattivo bambino*.

Livello comportamentale

A queste occorrenze cliniche si accompagna, poi, l'apprendimento del codice di comportamento violento come normale e strutturante le relazioni umane. A livello comportamentale, oltre al codice violento, al bambino capita di identificarsi con una o l'altra delle figure (aggressore / vittima) riproponendone i comportamenti a seconda delle circostanze. A questo si accompagna lo sviluppo di condotte attive di controllo, finalizzate alla modulazione della violenza sia nella vittima che nell'aggressore. Ad esempio si assiste a condotte compensatorie come lo stabilire un contatto fisico con l'aggressore allo scopo di blandirlo e calmarlo, o di consolare la vittima eleggendosi suo difensore, o ancora inserirsi nella dinamica violenta per fungere da pacificatore. In tale veste anche disturbi sul versante somatico possono avere la stessa inconsapevole funzione, di modulatori esterni e fisici del livello di aggressività circolante nel nucleo.

Violenza assistita ed esiti traumatici

I danni evolutivi più cogenti che questo tipo di esposizioni traumatiche ripetute causano nel bambino riguardano innanzitutto, come ben rappresentato nel Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS), una minaccia alle funzioni integrative della coscienza.

Talvolta anche indicati con i termini *trauma relazionale* e *trauma cumulativo* proprio a causa della sistematica indifferenza degli adulti verso l'incapacità della mente del bambino di resistere all'esposizione violenta, che esita in un effetto intrinsecamente dissociativo a tutto danno delle funzioni psicologiche ancora immature. Possono quindi emergere fenomeni di discontinuità nella percezione di sé, degli altri e del mondo; parimenti, analoga frammentazione e discontinuità con forti e imprevedibili oscillazioni si osservano nel comportamento e negli affetti. Dal punto di vista neuropsicologico, la disregolazione affettiva determina un sequestro attentivo che impedisce l'impegno mentale e la concentrazione, determinando ricadute ovvie sul piano degli apprendimenti.

L'adolescente

A carico dell'adolescente, invece, il danno evolutivo assume essenzialmente una espressione comportamentale di tipo esternalizzante, per cui assistiamo, prevalentemente, a espressività contraddistinte da: discontrollo degli impulsi; crisi dirompenti (con cui concomitano di frequente crisi dissociative con improvviso scadimento del rapporto con il reale, perdita del senso di responsabilità/agenzialità e crollo del giudizio critico); uso di sostanze; promiscuità; autolesionismo (attacco al sé); danno agli apprendimenti con ritiro dell'impegno scolastico e formativo. Nel maschio si assiste con maggior frequenza a esiti antisociali e carriere delinquenti.

Varianti meno frequenti sono quelle a espressione internalizzante, in cui è prevalente la componente di evitamento dalle fonti di stress traumatico, l'utilizzo di strategie di iporegolazione per cui, soprattutto con la crescita, si determina un progressivo distacco dalla partecipazione interpersonale attiva per trovare rifugio in bolle dissociative consolatorie (device, videogames, serie TV) che contribuiscono a cristallizzare ulteriormente le problematiche traumatiche interiori.

Fattori di rischio

Il fattore di rischio principale per lo sviluppo delle psicopatologie più gravi (oltre alla durata e alla sistematicità degli episodi e al coinvolgimento diretto del bambino nelle dinamiche di aggressione) è l'assenza di una figura di accudimento che eserciti una funzione protettiva chiara e univoca. Secondariamente, anche l'assenza di fattori resilienti nel bambino o di risorse sane nei suoi sistemi

di vita sono determinanti. L'impossibilità di una riparazione diretta o simbolica a vantaggio del bambino. Inoltre, la presenza di dinamiche perverse prima menzionate è infestante poiché determina spinte morfostatiche tenaci e spesso convergenti che tendono a preservare l'ingaggio violento piuttosto che svincolare la diade in favore di ingaggi relazionali più maturi.

Una menzione particolare va spesa a proposito delle famiglie attraversate da dinamiche perverse di aggressione e vittimizzazione, che rappresentano fattori in grado di complessificare notevolmente la rilevazione del danno, e una valutazione definita e univoca delle responsabilità delle condotte maltrattanti. In questi casi, infatti, i ruoli non sono netti e distinguibili, e solo un'indagine clinica approfondita può evidenziare forme di co-dipendenza dal registro violento di vittima e abusante. Se è vero che il partner manifestamente violento (e non è affatto scontato che sia l'uomo) commette un atto di aggressione esecrabile in sé, si riscontrano spesso nell'altro partner mosse relazionali più subdole e meno evidenti, che hanno valenza di minaccia o provocazione, e fungono da innesco occulto o fattore di mantenimento del conflitto. Il potenziale patogeno aggiunto di queste condizioni risiede nella profonda ambivalenza delle figure accudenti, nella confusione delle narrative familiari soggiacenti e nell'implicazione più indiretta e indifferenziata del bambino nelle dinamiche conflittuali.

Metodi di valutazione

La valutazione psicologica della VA si incardina nella metodologia clinica: il colloquio, il disegno e il gioco forniscono materiale diretto su cui esiste una letteratura vasta e approfondita. Ad esso va aggiunta la possibilità di effettuare osservazioni dell'interazione del minore con gli adulti di riferimento: questo tipo di incontri può essere effettuato in forma libera (esplorazione e gioco condiviso senza alcuna richiesta), semi-strutturata (suddivisione della sessione secondo consegne che regolino iniziativa, *timing* e modalità di coinvolgimento dei partecipanti) fino ad arrivare alle procedure standardizzate che permettono di inferire indici di funzionamento del nucleo in base alla qualità delle interazioni (Simonelli, Bighin e De Palo, 2021)

Il ricorso a questo tipo di materiale è giustificato dalla opportunità di rilevare direttamente le asimmetrie nell'interazione, i fallimenti nella sintonizzazione con il bambino, le rotture della comunicazione e i tentativi per la loro riparazione, fino a intercettare i segni degli assetti distorti che adulti e bambini assumono (per esempio, scarso coinvolgimento di un genitore, eccessive ingerenze dell'altro, mosse controllanti del bambino per modulare l'espressività emozionale, etc.). Sempre più prezioso è ritenuto oggi il confronto con le informazioni provenienti dai contesti ecologici (essenzialmente il mesosistema di cui si è parlato nel Cap. 2.): per quanto possano essere caratterizzate da poca specificità, ingenuità e non sistematicità, spesso fungono da veri e propri indicatori naturali in grado di segnalare condizioni che si discostano dai valori modali, e risultare così altamente sensibili. Metodiche valide a sostegno di un buon inquadramento diagnostico, oltre ai metodi proiettivi (Test della Figura Umana-DFU, Test di Rorschach, Favole della Duss, C.A.T., T.A.T.) e le scale di personalità più diffuse (M.M.P.I.-A.) spesso ampiamente adoperati nei servizi, sono le scale standardizzate validate espressamente con un focus sulle esperienze traumatiche, tra le quali anche la violenza assistita (T.S.C.Y.C., T.S.C.C., D.E.S. CEDV).

Raccomandazioni per la valutazione del danno

- Il clinico raccoglierà un'anamnesi dettagliata degli episodi in oggetto, per valutare il loro potenziale traumatogeno e tracciare un profilo fenomenologico dalla sua prospettiva soggettiva del bambino;
- la raccolta di informazioni dovrà indagare anche le altre forme possibili di maltrattamento;
- andranno indagate le conseguenze che l'esposizione a condotte violente può determinare a livello Affettivo, Cognitivo e Comportamentale;
- andrà indagato il verificarsi di fenomeni dissociativi, o la presenza di tratti traumatici strutturali che possono divenire veri e propri organizzatori della personalità in formazione;
- a seconda della fase evolutiva del bambino (prima/seconda infanzia, adolescenza) andranno indagate le forme di espressività più tipiche e le loro ricadute;
- i fattori di rischio andranno raccolti per una profilazione puntuale degli ingaggi relazionali in cui il bambino può essere coinvolto, di cui andranno riconosciute le varianti più insidiose;

- il clinico dovrà dotarsi delle strumentalità di base per indagare il funzionamento psicologico del bambino, associando ad esse, ove possibile, metodiche di indagine specifiche dotate di un adeguato livello di consenso, soprattutto per quanto attiene alla rilevazione del trauma.

Indicazioni di trattamento

Nella cura della VA, la possibilità di una riparazione efficace del danno causato dalla frattura dell'innocenza perpetrata da genitori violenti è funzione diretta della capacità del sistema curante di farsi contenitore sicuro che ristabilisca protezione, sicurezza e prevedibilità. Come ci viene ricordato nelle Convenzioni Internazionali di Strasburgo, Lanzarote e Istanbul (in particolare per le vittime di VA), solo all'interno di queste garanzie sono possibili nuove attribuzioni di significato, insieme a una riparazione autentica delle ferite inferte. A tal fine è essenziale che il sistema curante, in modo tempestivo ed efficace, sappia attuare i prioritari interventi di protezione del minore che ristabiliscano l'ordine tutelante, in sostituzione di analoga funzione familiare, che si è dimostrata deficitaria.

Secondariamente, dal momento che si tratta di danni evolutivi sui soggetti in crescita, che derivano da una grave alterazione delle relazioni di cura, è necessario che la presa in carico ripercorra sistemicamente tutti i livelli coinvolti, con interventi interdisciplinari specifici (bambino/adolescente, famiglia e scuola).

Nel bambino innanzitutto andrà attuato un intervento graduale che, muovendo dalla riconquista di una condizione di sicurezza reale, si spinga nella bonifica dei danni sopra descritti a livello affettivo, cognitivo e comportamentale, permettendo una rinascita di parti del Sé traumatizzate e una ri-narrazione identitaria incardinata sul recupero della resilienza personale, dell'integrità della personalità, della padronanza e auto-efficacia nei confronti, con ristabilimento di quella fiducia nei legami con il mondo adulto che caratterizzano proprio le età del bambino.

La possibilità di intervenire sugli altri fronti del sistema (i genitori e la famiglia tutta) può invece incontrare ostacoli in ragione della frequente implicazione dei genitori in percorsi giudiziari, attinenti o indipendenti dai reati di violenza domestica. Va tenuto inoltre presente che la proposta di un intervento che origina in una prescrizione coatta emanata dall'Autorità Giudiziaria, spesso, non beneficia di una compliance al trattamento autentica e/o efficace. Proprio per questo, nella valutazione di recuperabilità delle funzioni genitoriali, sarà fondamentale, oltre al superamento della negazione (della propria responsabilità, e del danno nel bambino) raggiungere una alleanza del genitore con il sistema curante: essa può qualificarsi infatti come prezioso indicatore prognostico favorevole.

Raccomandazioni per il trattamento

- L'intervento deve indirizzarsi a tutti i livelli del sistema coinvolti nel fenomeno;
- andranno mobilitate tutte le risorse protettive disponibili, ad ogni livello;
- l'intervento deve articolarsi secondo gradualità, in particolare garantendo inizialmente la sicurezza, per poi adire l'elaborazione e la riparazione del danno;
- l'intervento rivolto al bambino deve mirare a ristabilire un livello ottimale di funzionamento in tutte le aree danneggiate, a livello affettivo, cognitivo e comportamentale.

Valutazione della recuperabilità genitoriale

Necessariamente integrata con quella sociale e educativa, la valutazione psicologica rivolta ai genitori, dovrà procedere attraverso l'esplorazione approfondita di almeno tre vertici di osservazione necessari e trasversali:

1. Osservazione della relazione genitori-figlio

Le linee guida dell'APA (*American Psychological Association*) sulla valutazione delle capacità genitoriali raccomandano di fare tutto il possibile per osservare il figlio insieme ai suoi genitori, preferibilmente in un contesto naturale (White, 2005). Indubbiamente tale prospettiva di osservazione in situazioni libere, anche domiciliari, offre la possibilità di acquisire numerose informazioni sulle caratteristiche delle relazioni. Tuttavia è necessario che l'osservazione sia progettata, con definizione di obiettivi, strumenti e metodologie in *équipe* (chi fa che cosa, come e perché).

L'osservazione delle interazioni diadiche, triadiche e familiari in sedute congiunte, salvo quando vietate da ragioni di ordine giudiziario, può essere effettuata con l'utilizzo di semplici input dati ai genitori (giocare col bambino, seguirlo nei compiti, dargli la merenda...), oppure ricorrendo a strumenti standardizzati, come ad esempio quello messo a punto da Fivaz-Corboz nel 1999, il Lausanne Triologue Play (Fivaz, e Corboz, 2000), strumento complesso nella sua struttura originaria, ma adattato anche in contesti clinici (Malagoli, 2006 - Francini, 2014).

L'osservazione diretta dei comportamenti, delle comunicazioni e degli scambi affettivi, dovrebbe essere sempre affiancata da una esplorazione delle rappresentazioni che il genitore ha del proprio figlio e della loro relazione, obiettivo primario dell'osservazione psicologica. Possono essere realizzate con i genitori interviste semi-strutturate sulla storia del figlio e sulle sue caratteristiche individuali, e somministrati questionari *self report* che indagano sulla relazione, come ad esempio il Parenting Stress Index (Abidin, 1995; adattamento italiano a cura di Guarino, Di Blasio e Al., 2008). Oppure videofeedback e restituzione sulle osservazioni della relazione.

2. Storia, personalità, attaccamento e stili relazionali

Tutte le ricerche più recenti sottolineano lo stretto collegamento fra *parenting* e storia personale dei genitori, soprattutto in relazione alle esperienze traumatiche e allo sviluppo di modalità disfunzionali di attaccamento.

Gli studi sulle riorganizzazioni post-traumatiche hanno evidenziato il ruolo dei modelli di attaccamento disorganizzati (Hermann 2005 - Lyons-Ruth, 2009 - Liotti, 2011), che influenzano da un lato la costruzione della personalità, dall'altro le future modalità di relazione con i figli. Pertanto andrebbero sempre esplorati.

Nella valutazione delle competenze genitoriali l'indagine sulla storia personale del genitore e sulle sue modalità di funzionamento non è indirizzata alla definizione di una diagnosi individuale, né alla individuazione di eventuali disturbi di personalità, quanto piuttosto alla connessione fra sofferenze infantili, caratteristiche personali attuali e modalità di costruzione della relazione con i figli, in un'ottica diacronica e trigenerazionale. I comportamenti disfunzionali dei genitori trovano senso (e possibilità di cambiamento) in una storia che si dipana fra le generazioni (Cirillo, 2016).

Gli strumenti attraverso i quali indagare la storia personale dei genitori sono numerosi, utilizzabili in sedute individuali o congiunte, a diversi livelli di complessità: colloquio anamnestico, genogramma (McGoldrick, 1999), questionari *self report* come il FACES III (Olson, 1995), interviste semi-strutturate come l'Adult Attachment Interview *forma breve* (George, 1985), inventari di personalità come l'MMPI (Butcher, 2007).

3. Coppia, famiglia e funzioni genitoriali

Fondamentale area da approfondire nella valutazione della genitorialità è l'esplorazione delle caratteristiche del sistema familiare: il genogramma, la storia della coppia genitoriale, la relazione con le rispettive famiglie di origine e l'osservazione diretta delle interazioni sono strumenti necessari ad inquadrare il *parenting* nel funzionamento relazionale sistemico.

Ovviamente è necessario inquadrare le osservazioni del sistema familiare nell'evoluzione storica della famiglia contemporanea, che ha subito negli ultimi anni rapide trasformazioni strutturali. Compito dei professionisti è quello di avvalersi di una metodologia che adotti la cultura della differenza piuttosto che quella della devianza, valutando le variabili processuali piuttosto che quelle strutturali, le funzioni e le capacità di fronteggiare gli eventi critici (Fruggeri, 2018).

La valutazione del funzionamento del sistema familiare dovrà tenere conto di diverse dimensioni dell'organizzazione delle relazioni (Cirillo, 2016):

- la *dimensione strutturale* (Minuchin, 1981), che riguarda i confini del sistema familiare, sia rispetto all'esterno (collegata alla polarità apertura/chiusura), che rispetto all'interno, relativamente alle gerarchie e ai sottosistemi familiari (collegata anche alla dimensione delle regole e del controllo, e alla polarità responsabilizzazione/infantilizzazione dei figli);
- la *dimensione strategica* (Haley, 1976), che riguarda la gestione del potere, la costruzione delle alleanze (collegata alla polarità conflitto/cooperazione) e la possibilità di triangolazione dei figli;
- le dimensioni della *preoccupazione* (disimpegno/invischiamento), dell'*empatia* opposta all'ostilità (Di Blasio, 2005) e della *comunicazione e metacomunicazione* (Whatzlavich, Beavin e Al., 1971);

- la *dimensione etica* dei diritti e dei meriti, delle lealtà alle storie familiari e ai miti transgenerazionali (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1988), legata alla possibilità di accesso del figlio ad entrambe le famiglie di origine.

L'apparente eterogeneità delle liste di funzioni genitoriali individuate dai differenti autori (si veda Allegato B), può essere ricondotta ad alcuni gruppi omogenei di funzioni, che rappresentano le dimensioni generali del *parenting*:

1. la dimensione della cura, dell'accudimento e della protezione, collegata alla capacità di empatia e di sintonizzazione affettiva con il figlio;
2. le dimensioni della regolazione, della normatività e della significazione, per dare organizzazione, limiti e struttura alle esperienze del figlio;
3. le dimensioni della riflessività e della rappresentazione mentale, per riconoscere le caratteristiche individuali e i diversi livelli di sviluppo del figlio e permettergli di crescere in modo indipendente;
4. le dimensioni triadica e transgenerazionale, per garantire al figlio spazio, coerenza e continuità nell'appartenenza al sistema familiare.

4.5 Integrazione dei risultati e valutazione degli esiti

È necessario che le informazioni raccolte mediante l'utilizzo degli strumenti, differenti e specifici per area di competenza professionale ma intrecciati nelle dimensioni da esplorare, trovino una integrazione multidimensionale, che permetta anche la definizione di un'unica ipotesi progettuale. Come abbiamo visto il modello meta-disciplinare dell'*Assessment Framework* permette questa ricomposizione, garantendo l'elaborazione di una valutazione che comprenda un bilancio dei fattori di rischio e di protezione e del livello di benessere-malessere del figlio nelle varie dimensioni della sua crescita.

Tale modello ha trovato anche una applicazione pratico-operativa mediante la realizzazione di uno strumento informatizzato (denominato RPM online¹⁰) che è stato costruito con l'intento di garantire l'integrazione tra i tre processi della valutazione-progettazione-verifica dei risultati.

Gli aspetti particolarmente interessanti di questo strumento sono che garantisce la costante integrazione tra *assessment* (analisi continua della situazione) e progettazione e, poggiandosi su un supporto informatico, rende possibile l'accesso da parte di tutti i componenti dell'*équipe* multiprofessionale direttamente dalle proprie postazioni (ogni operatore può aggiornare le schede relativamente al lavoro svolto direttamente mediante PC), l'estrazione di dati, la creazione di grafici e report. Inoltre, permette una verifica qualitativa e quantitativa del percorso di valutazione, nonché degli esiti del progetto effettuato misurando il processo di cambiamento della famiglia.

La parte progettuale, che può essere gestita indipendentemente dallo strumento informatizzato RPM e divenire uno strumento operativo indipendente e utilizzato dalle *équipe* multidisciplinari, è chiamata PROGETTO QUADRO e definisce con un linguaggio descrittivo e concreto gli obiettivi, i risultati attesi, le azioni, le responsabilità degli operatori, della famiglia e di altri attori coinvolti e i tempi di realizzazione e verifica degli esiti.

Raccomandazioni

La valutazione della recuperabilità delle capacità genitoriali deriva necessariamente da un lavoro integrato psico-socio-educativo volto a:

- connettere la valutazione psicodiagnostica alla necessaria protezione del figlio;
- sostenere la partecipazione, il coinvolgimento e il cambiamento (valutazione partecipativa e trasformativa);
- cogliere sia i fattori di rischio e di stress, che le risorse ed i fattori di resilienza;
- garantire una accurata diagnosi differenziale fra disturbi post-traumatici ed altri quadri psicopatologici;

¹⁰ RPM online, ovvero Rilevazione, Progettazione, Monitoraggio è uno strumento informatico costruito da Labrief dell'Università di Padova, introdotto con le sperimentazioni sul territorio nazionale del progetto P.I.P.P.I. (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione), allo scopo di supportare le *Equipe* multiprofessionali durante la raccolta-registrazione delle informazioni e la valutazione, pianificazione verifica degli interventi.

- includere una osservazione della relazione genitore-bambino, sia delle interazioni concrete che delle rappresentazioni;
- connettere il funzionamento genitoriale al danno evolutivo diagnosticato formulando ipotesi prognostiche.
- i dati e le valutazioni del sistema familiare raccolti secondo prospettive e strumenti differenti devono essere sintetizzati nella definizione di un'unica ipotesi progettuale condivisa;
- i professionisti coinvolti nella valutazione devono confrontarsi direttamente e congiuntamente tra loro, al fine di definire l'ipotesi progettuale, evidenziando gli indicatori di trattabilità e di recuperabilità, oltre che i fattori disfunzionali familiari;
- occorre definire il momento e il luogo della co-decisionalità che è un luogo generativo, ha lo scopo di costruire un'ipotesi multidisciplinare, evitando la frammentazione, dispersione delle informazioni e la segmentazione delle specifiche responsabilità;
- il progetto riguarda il figlio, la sua trattabilità e le forme di sostegno di cui necessita. In presenza di indicatori di trattabilità e di recuperabilità dei genitori occorre attivare gli interventi necessari indicando i tempi di attuazione e la relativa sostenibilità per i servizi;
- l'intera famiglia deve essere coinvolta nella costruzione del progetto per riappropriarsi di un ruolo attivo, volto alla riduzione del danno evolutivo. La partecipazione della famiglia è una variabile situazionale che può variare nel tempo;
- il piano delle azioni deve essere periodicamente verificato, aggiornato ri-orientato, temporalizzato per divenire uno stimolo a pensare che i progetti devono avere una chiusura e, quando ciò non avviene, per sostenere una riflessione sui fattori che non lo consentono e anche per avviare la ri-progettazione;
- all'interno del progetto sono definiti gli impegni e le responsabilità della famiglia e degli operatori: ciò garantisce trasparenza e verifica delle differenti responsabilità;
- l'équipe utilizza strumenti qualitativi e quantitativi per la valutazione nell'ottica trasformativa e per documentare, valutare gli esiti della progettazione, osservando i processi che hanno favorito i cambiamenti in termini di scostamento dei fattori di rischio e protezione che vengono quantificati all'inizio e alla conclusione degli interventi, allo scopo di riformulare la progettazione;
- gli effetti degli interventi e gli esiti devono essere restituiti alla famiglia, incluso il figlio, in relazione alla fase di sviluppo e alle sue capacità, alla luce del principio di trasparenza e per riprogrammare la progettualità.

4.6 Esplorare il trauma nella storia del genitore

Gli studi più recenti sull'influenza delle esperienze relazionali precoci sullo sviluppo del cervello, sulla neurobiologia interpersonale (Siegel, 2014), sui fondamenti neurofisiologici dell'attaccamento (Porges, 2015) e sugli effetti dei traumi sullo sviluppo (van der Kolk, 2015), rendono ancora più evidente l'importanza dell'interazione fra le caratteristiche del bambino e l'ambiente in cui vive, il cui sviluppo positivo è determinato in modo bio-ecologico. La consapevolezza di tale evidenza rappresenta una grande responsabilità, ma propone anche grandi possibilità di intervento, di prevenzione e di riparazione.

La dissociazione materna sembra essere predittiva anche di alessitimia materna, un grave deficit nella sfera emotiva e sociale che espone maggiormente i figli a rischio di sviluppo traumatico. La presenza di alessitimia nel *caregiver* comporta una sostanziale incapacità di identificare con precisione gli aspetti non-verbali ed espressivi propri e altrui; essa può, quindi, giocare un ruolo importante nell'indebolire le capacità protettive del *caregiver*, a causa della difficoltà a interpretare i segnali emotivi del bambino e a rispondere con adeguatezza e coerenza (Solomon e George, 2007). Pertanto essa andrebbe sempre esplorata nelle valutazioni dei profili di personalità, al pari del funzionamento più generale nella dimensione emotiva. L'esposizione a violenza interpersonale in età precoce comporta, come conseguenza diffusa, una peculiare "cecità alla violenza" e/o una sua normalizzazione nella dimensione di vita, sostenuta da un'immagine di sé mortificata, svaloriata e disillusa vero l'altro da sé.

Interviste specificamente rivolte a genitori con gravi storie di traumi cronici rilevano la dominanza di una rappresentazione del figlio come ostile, minaccioso, e un vissuto di impotenza nel ruolo

genitoriale, di svalutazione e inadeguatezza del sé percepito come “cattivo”, ricorrenti riferimenti a sentimenti di paura e incapacità empatica. Questi risultati pongono l'accento sul ruolo significativo della cecità alla violenza e della sua normalizzazione spesso osservati nei genitori cosiddetti non protettivi, incluse le madri vittime di violenza domestica (per una rassegna si vedano Chu e DePrince, 2006).

L'esplorazione della storia traumatica è un processo che si sviluppa nel tempo e per fasi. Un primo livello consiste nel formulare, ovviamente non in modo inquisitorio, domande volte a esplorare specifiche esperienze traumatiche: una storia di abuso sessuale, fisico o psicologico, improvvise e importanti perdite affettive, condizioni di isolamento, costrizioni, ecc.

Il livello successivo consiste nell'esplorare più approfonditamente la natura e la gravità degli eventi traumatici, le loro conseguenze sulla salute fisica, mentale e genitoriale.

Durante l'anamnesi è importante che l'operatore garantisca la massima chiarezza nella formulazione delle domande, assumendo un atteggiamento rispettoso e comprensivo, esplicitando in modo comprensibile i motivi dell'inchiesta, cercando di condividere con il paziente/utente il ruolo giocato dal trauma nel plasmare la sua vita e, conseguentemente, la genitorialità.

Un **approccio psicoeducativo** può aiutare i *caregiver* a comprendere i motivi delle difficoltà o dei veri e propri fallimenti nei compiti di cura e a rilevare, attraverso l'analisi delle connessioni fra presente e passato (*potrebbe essere andata così?*), gli effetti a lungo termine di eventi traumatici non adeguatamente affrontati. I genitori possono così essere aiutati a capire perché reagiscono in maniera incontrollata e apparentemente incomprensibile di fronte a un comportamento del figlio che ha riattivato precedenti esperienze traumatiche e come queste reazioni innescano nel figlio stesso sconforto, malessere e disturbino la sua crescita, o, ancora, le possibili spiegazioni che sottendono la tendenza alla trasmissione transgenerazionale delle esperienze traumatiche.

Conoscere come il trauma può colpire le capacità di prendersi cura del figlio incidendo anche sullo sviluppo futuro, attiva i genitori a riflettere sui loro compiti, a ricercare soluzioni, a modificare atteggiamenti, a collaborare con gli operatori nel programma di intervento. Complessivamente promuove una maggiore responsabilizzazione rispetto ai compiti di accudimento, relazionali, educativi e sollecita l'impegno ad aderire ai possibili percorsi, opportunamente esaminati e compresi, nell'obiettivo di cambiare “rotta” (Degiorgis, Garavini, 2015).

Gli interventi psicoeducativi, inclusi i programmi di *parent-training* di stampo cognitivo comportamentale, si sono diffusi in diversi settori sociali e sanitari, le famiglie in difficoltà nei compiti di cura, dimostrando la loro efficacia anche con bambini e genitori reduci da esperienze traumatiche, in quanto permettono di modificare i convincimenti, le idee inappropriate o distorte, gli atteggiamenti rispetto alla propria e altrui sofferenza, favorendo il coinvolgimento nel percorso di recuperabilità. Pertanto, sono ampiamente raccomandabili¹¹.

Raccomandazioni

È pertanto raccomandabile esplorare le esperienze traumatiche nella storia del genitore, per la loro influenza sulle capacità genitoriali, ormai rese evidenti da numerosi studi scientifici (Caretta e Capraro, 2005; Hulette, 2011; Camisasca, 2002; Cimino, 2002; solo per citarne alcuni) e in particolare:

- abbandono/perdite precoci;
- povertà e degrado;
- istituzionalizzazione;
- genitori naturali con disturbi mentali e/o tossicodipendenza non curati;
- deprivazione, incuria, maltrattamento e abuso, violenza domestica;
- esperienze di affidi multipli e fallimentari;
- separazioni nella fratria.

4.7 Leggere il cambiamento: gli indicatori prognostici di recuperabilità

Le ricerche sulle situazioni di abuso e maltrattamento hanno individuato alcuni parametri che permettono di effettuare una prognosi positiva: per il genitore potenzialmente protettivo la

¹¹ Esempi di materiale educativo sono rappresentati dal progetto 3C; capire, conoscere, condividere, a cura del centro specialistico Il Faro dell'AUSL di Bologna e dell'Associazione Isola che c'è - Onlus. In <http://www.ausl.bologna.it>

capacità di essere attento ai segnali di disagio e in sintonia con gli stati emotivi della vittima, l'indipendenza dal maltrattante, la capacità di elaborazione delle proprie passate esperienze traumatiche; per il genitore maltrattante la capacità di superare la negazione dei fatti, la capacità di assunzione della responsabilità e il riconoscimento dell'impatto sulla vittima (Carini, Pedrocco Biancardi, Soavi, 2001).

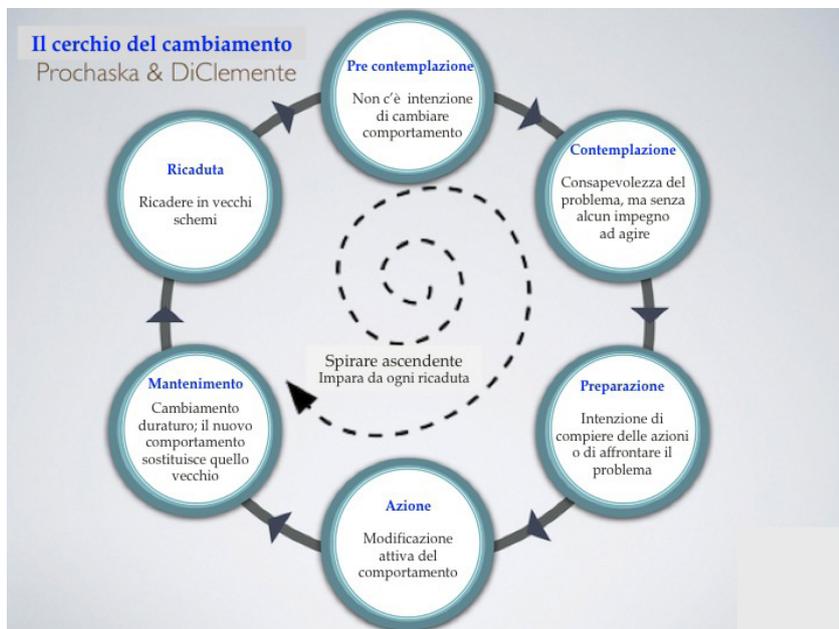
Come definito nelle linee guida stilate dal CISMAI sono indicatori della recuperabilità della competenza genitoriale (Cirillo, 2016):

- riduzione dei meccanismi difensivi di negazione;
- comprensione e compartecipazione alla sofferenza del figlio;
- consapevolezza del danno arrecato al figlio attraverso la condivisione della rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli;
- capacità di assumersi le proprie responsabilità e attivare comportamenti riparativi in funzione del cambiamento;
- capacità iniziale di condividere un progetto d'intervento riparativo.

La recuperabilità della competenza genitoriale sembra dipendere dai cambiamenti nella capacità di contatto affettivo, dall'aumento delle capacità di mentalizzazione, dalla messa in atto di concreti comportamenti riparativi e dalla possibilità di connettere la propria sofferenza vissuta nell'infanzia con la sofferenza dei figli, il passato individuale con la genitorialità presente.

Una variabile importante, nella prognosi di recuperabilità del *parenting*, sembra proprio essere costituita dal grado di disponibilità del genitore a prendere contatto con la propria sofferenza, i propri fallimenti, integrarli nella storia autobiografica per fare spazio alla sofferenza del figlio. In quest'ottica vanno letti i meccanismi difensivi frequentemente osservati nel contesto di valutazione, facendo attenzione ad adottare una prospettiva di interazione che parta dal "cosa ti è successo" e non dal "cosa c'è che non va in te".

Figura 4 - Il cerchio del cambiamento



Gli indicatori prognostici di recuperabilità sono imprescindibili dalla prospettiva dell'osservatore, quindi dalla sua teoria sul cambiamento. Di questo gli operatori dovrebbero essere consapevoli, poiché se da un lato, per sostenere il cambiamento, il genitore deve essere in grado di dimostrare la motivazione e la capacità di cambiare nelle dimensioni più problematiche della genitorialità (si vedano Allegati C e A), dall'altro l'operatore deve essere in grado di stimolare il cambiamento e riconoscere tale capacità. In caso contrario, il rischio è appiattire l'intervento sulla mera valutazione dei fattori di rischio.

(Prockaska e Diclemente, 1982)

L'assunto di base è che il cambiamento comportamentale è un processo che si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi stabili ma al contempo aperti, come i fattori di rischio. Il modello offerto da Prockaska e Diclemente ci sembra un esempio utile per orientare il "valutatore" in tale processo.

Il modello comprende 5 fasi del processo di cambiamento:

Precontemplazione: il soggetto in questa fase non ha ancora preso in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento: nega, minimizza, proietta o normalizza il comportamento a rischio, oppure può aver fatto dei tentativi di cambiamento ed essere demoralizzato e aver perso fiducia nella propria concreta capacità di cambiare. Sono i cosiddetti soggetti non motivati o resistenti al cambiamento.

Contemplazione (analisi dei pro e dei contro): il soggetto comincia a prendere in considerazione l'ipotesi di modificare il proprio comportamento: l'idea è che per passare dallo stadio di precontemplazione allo stadio di contemplazione debba essere presente, nel soggetto, una preoccupazione "almeno" sufficiente. In questa fase, il soggetto è consapevole dei pro e dei contro del cambiamento e questo può causare una situazione di forte ambivalenza o oscillazione.

Determinazione: il soggetto ha deciso di modificare il comportamento nell'immediato futuro e pianifica la modalità di cambiamento (ad esempio può aver pianificato di consultare un esperto, partecipare a programmi strutturati, ecc.).

Se il passaggio in questo stadio avviene a seguito di una decisione "forte" presa al termine della fase di Contemplazione, è meno alto il rischio di ripensamenti durante la fase di Azione.

Azione: il soggetto agisce per modificare il proprio comportamento. L'azione non è sempre una modificazione diretta del comportamento, bensì quell'insieme di attività che vengono messe in atto nel tentativo di modificare un comportamento (atti singoli ed episodici, azioni ricorrenti, strategie semplici e complesse). Per considerare un comportamento come una effettiva azione di cambiamento occorre che tale comportamento riduca in qualche modo il rischio.

Gli insuccessi e i tentativi fallimentari, le azioni non andate a buon fine, devono essere presi in considerazione dall'operatore ed enfatizzati come opportunità di ulteriore apprendimento, non come ricadute o evidenze di sconfitta.

Mantenimento: in questa fase il soggetto si applica al mantenimento nel tempo e alla stabilizzazione del cambiamento. Il tempo di permanenza individuale in ogni stadio è variabile, mentre i compiti da eseguire per passare allo stadio seguente sono uguali. L'operatore continuerà a incoraggiare il focus dei genitori sui problemi di *parenting* per sostenere il cambiamento.

La fase di contemplazione del ciclo di cambiamento è di particolare importanza:

1. *Accetto che c'è un problema.*
2. *Accetto di avere una certa responsabilità del problema.*
3. *Ho qualche disagio per il problema.*
4. *Credo che le cose debbano cambiare.*
5. *Posso vedere che posso essere parte della soluzione.*
6. *Posso fare una scelta.*
7. *Riesco a vedere i prossimi passi verso il cambiamento.*

Lo sviluppo del livello di comprensione del problema, l'accettazione del proprio ruolo e quindi il passaggio a una soluzione, sono fasi identificabili. Il monitoraggio di ciascuna di queste fasi da parte dei genitori all'interno degli incontri di valutazione fornirà all'operatore sociale e/o educativo importanti informazioni sul livello di riflessione e progresso. Questi devono quindi trasformarsi nei passaggi successivi all'interno del ciclo del cambiamento descritto in precedenza di Determinazione, Azione e Mantenimento.

L'operatore dovrà essere consapevole del rischio di adesione superficiale o collaborazione mascherata/fittizia.

Raccomandazioni

Di fondamentale importanza, quando si considera la capacità di cambiamento del genitore, è la durata del processo di cambiamento e quanto possa stabilizzarsi nel tempo (a lungo termine). La capacità del genitore di cambiare deve essere considerata nel contesto dei bisogni del figlio e dei tempi della valutazione (generalmente 6 mesi).

Dovrebbero, inoltre, essere prese in considerazione le tecniche di intervista motivazionale¹², un

¹² Il metodo del Colloquio Motivazionale nasce in America negli anni '80 ad opera di Miller e Rollnick (2014) ed ha avuto un'ampia diffusione per accompagnare l'utente nelle fasi del processo di cambiamento. Si veda anche Forrester D., Il colloquio motivazionale con i genitori in difficoltà, 2016. In <http://www.convegnerickson.it/convegnerickson2016/>.

argomento che esula da questo Quaderno, ma che dovrebbe sempre trovare uno spazio adeguato nella “cassetta degli attrezzi professionali” dell’operatore sociale e educativo, in quanto è un approccio consolidato mirato a contenere e ridurre le “fisiologiche “strategie difensive dei genitori più resistenti al cambiamento perché meno consapevoli e meno dotati di strumenti auto-riflessivi.

4.8 Selezionare strumenti basati sull’evidenza

Al fine di garantire una buona qualità degli interventi, nel rispetto del principio di congruità (ovvero la capacità, attraverso la valutazione, di costruire una progettualità coerente ai reali bisogni di quel bambino/adolescente e della sua famiglia), è necessario disporre di strumenti professionali specifici e confrontabili, fondati sull’evidenza, nonostante la loro scarsità (si veda capitolo 1, Terzo ostacolo - scarse pratiche basate sull’evidenza).

In ogni caso, dotarsi di strumenti basati sull’evidenza aggiunge forza alla valutazione e conduce ad interventi mirati, fondati su una base di elementi attendibili utili a monitorare i progressi. Inoltre, consente di capire a seconda del contesto (volontario, coatto) cosa può sostenere il cambiamento e di attuare gli interventi più idonei ed efficaci.

Gli strumenti di valutazione, se ben individuati e utilizzati, possono (Bentovim e Al., 2009):

- favorire una comprensione dei fattori che influenzano lo sviluppo del figlio e i suoi bisogni;
- sviluppare partnership;
- fornire un’ampia esplorazione delle informazioni pertinenti, compresa l’identificazione dei punti di forza e delle fragilità;
- facilitare l’individuazione della cornice progettuale successiva.

Tabella 5 - Vantaggi e limiti dell’uso di strumenti standardizzati (Bentovim e Al., 2009)

<i>Vantaggi dell’uso di strumenti standardizzati</i>	<i>Limiti dell’utilizzo di strumenti standardizzati</i>
<p>Affidabilità e validità. Lo strumento utilizzato da valutatori diversi e in diversi momenti del tempo (se la caratteristica esplorata non è cambiata) darà risultati simili, quindi confrontabili.</p> <p>Strutturare il processo di valutazione. Individuare aree chiave, copre la gamma e la profondità delle informazioni necessarie per effettuare una valutazione corretta;</p> <p>Dare voce al figlio e a altri membri della famiglia. Alcune persone possono trovare difficile la comunicazione diretta, la mediazione svolta dallo strumento facilita la creazione di uno spazio più appropriato per la discussione delle risposte e del loro significato. Le famiglie coinvolte “insieme” in un compito congiunto offrono una rappresentazione del clima e delle dinamiche famigliari più vicine alla realtà.</p> <p>Identificare i punti di forza e di difficoltà. L’esplorazione sistematica dell’intera gamma di esperienze e comportamenti aiuta l’operatore a evitare di concentrarsi solo su aree di difficoltà e di rischio.</p> <p>Ulteriori dati e informazioni. Gli strumenti forniscono una grande quantità di dati, attraverso essi gli operatori esplorano aspetti della vita e dell’esperienza della famiglia.</p> <p>Valutazione del cambiamento. Gli strumenti standardizzati sono ideali per aiutare a verificare il cambiamento nel tempo in quanto forniscono una valutazione sistematica, affidabile e valida di un’area specifica. Possono quindi contribuire a monitorare l’efficacia di un intervento e a indicare se gli obiettivi sono stati raggiunti.</p>	<p>Validità. Il professionista che ricorre a uno strumento di valutazione standardizzato deve sempre verificare se le informazioni ottenute sono coerenti e sensate alla luce di altre informazioni note sul figlio e sulla famiglia;</p> <p>Molteplici fonti di informazione. Una buona valutazione si basa sempre su molteplici fonti di informazioni e utilizza approcci diversi. Pertanto, i pareri professionali devono basarsi sulla integrazione di informazioni provenienti da fonti e prospettive differenti;</p> <p>Requisiti. È necessaria una formazione su come utilizzare gli strumenti, al fine di addestrare l’operatore a praticare sia l’osservazione che l’accurata esplorazione delle aree. Con operatori adeguatamente formati il figlio e gli altri membri della famiglia parlano più facilmente delle loro esperienze e prendono parte più attiva al processo di valutazione;</p> <p>Capacità di valutazione nell’utilizzare strumenti standardizzati. È richiesto un addestramento anche per imparare ad utilizzare lo strumento più affidabile in base alla situazione e/o alla fase della valutazione stessa, per imparare a interpretare i punteggi ottenuti e inserire tali risultati all’interno del contesto di una valutazione più ampia. Infatti, dopo aver raccolto le informazioni in modo efficiente, il passo successivo è quello di sistematizzare, analizzare tali informazioni e pianificare interventi basati sui risultati ottenuti.</p>

Raccomandazioni

Una nota di attenzione va posta su alcune fondamentali abilità di relazione e di comunicazione necessarie per rendere il momento dell'utilizzo dello strumento una attività dinamica, che attiva le persone coinvolte, che innesca possibili cambiamenti. È, infatti, molto importante che durante tutto il percorso della valutazione i bambini/ragazzi e le loro famiglie si sentano parte attiva e competente nel contribuire a definire l'analisi della loro situazione.

L'intento è quello di "dare voce", aiutare la famiglia a guardare la propria situazione da una nuova angolazione co-costruita con altri e diversi punti di vista in una prospettiva di co-apprendimento.

Sono questi temi che richiedono agli operatori di mettersi in gioco con le famiglie, ponendosi intenzionalmente in una relazione accogliente, libera da pregiudizi, mossa da una autentica curiosità circa le vicende che li hanno portati ad incontrarsi.

Il lavoro con le famiglie maltrattanti e/o negligenti, secondo l'impostazione di Cirillo e di Blasio (v. 1989, 2005, 2018), può essere favorito dall'uso di tecniche o strategie quali: dialogo sperimentale, ipotizzazione, lavoro sulla negazione che possono essere utilizzate alternativamente e in modo sintonico all'evoluzione dei membri della famiglia e delle loro relazioni.

Capitolo 5

Il diritto all'ascolto del minore di età

Il tema dell'ascolto del minore di età rappresenta uno dei temi più interessanti delle recenti evoluzioni del diritto minorile, tanto in ambito giudiziale che nelle relazioni con adulti diversi dai genitori. Riconoscerlo è sicuramente tutelante, per il minore che ne beneficia, da diversi punti di vista.

Questo tema, sempre più cogente, ha creato inevitabilmente grande interesse e stimolato la necessità di confronto fra le diverse istituzioni e categorie professionali, tutte chiamate a darne applicazione nel proprio ambito di lavoro sulla base delle specifiche competenze istituzionali e professionali (il giudice, l'insegnante, il medico, lo psicologo, l'assistente sociale...).

In senso giuridico, l'ascolto riserva al minore un luogo dove gli viene riconosciuto il diritto ad una autonomia di scelta rispetto al rappresentante legale: si pensi all'interruzione volontaria di gravidanza, al ruolo più in generale dei consultori familiari, delle situazioni processuali, civili e penali, dove il minore ha diritto di essere ascoltato senza la presenza dei genitori.

Ancora, in materia di consenso informato, in particolare per condividere trattamenti sanitari che lo riguardano personalmente, e persino quando il suo bisogno di cura potrebbe contrastare con quello del genitore (ad esempio accesso e valutazione sanitaria nel caso di abuso/maltrattamento familiare).

Proprio in ambito sanitario, è recentissima la l. 219/17 (cd sul biotestamento) che impone al medico di ascoltare il minore che ha già compiuto gli anni 12 in tutte le questioni sanitarie che lo interessano.

Si pensi, ancora, al ruolo che hanno gli sportelli rivolti ai minorenni, sempre più frequentemente attivati nelle scuole e dagli enti pubblici, tra cui gli organi di garanzia dell'infanzia e adolescenza.

5.1 Il diritto all'ascolto nella giurisprudenza

Sarebbe riduttivo collegare l'ascolto del minore di età con le previsioni per cui il legislatore recente lo ha riconosciuto nell'ambito del processo civile, presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni (ex artt. 315 bis, 336 bis e 337 octies cc).

Il diritto di ascolto ha radici storiche e normative più complesse; anzitutto l'art. 12 della Convenzione di New York sui Diritti del fanciullo del 1989 (ratificata in Italia nel 1991 con L. 176), la Convenzione dell'Aja del 25 ottobre 1980 sugli aspetti civili della sottrazione internazionale di minori (ratificata con L. 64/94), la Convenzione dell'Aja del 29 maggio 1993 in materia di adozione internazionale (ratificata con L. 476/98) e la Convenzione di Strasburgo del 25 febbraio 1996, ratificata dall'Italia con L. 77/2003. Anche la Carta Europea dei diritti fondamentali (cd Carta di Nizza approvata dall'UE il 7 dicembre 2000), all'art. 24 stabilisce che *“il figlio minore che abbia compiuto gli anni 12, e anche di età inferiore ove capace di discernimento, ha diritto di essere ascoltato in tutte le questioni e le procedure che lo riguardano”*.

Se dubbi di diritto, nell'assenza di previsioni normative espresse, vi possono essere quando il minore si relaziona volontariamente con un adulto ma fuori da casi di attuale pregiudizio (ad es. sportelli di ascolto scolastico, per cui viene di norma chiesto il consenso ai genitori), pacifiche sono invece le altre situazioni in cui, al pari di quanto espressamente previsto dalla legge in materia di consultori familiari, viene ad esservi un cd “conflitto di interesse” (quantomeno astratto) tra la tutela del minore e la volontà del genitore.

Nulla *questio*, ovviamente, quando è la stessa autorità giudiziaria a chiedere ai servizi pubblici di sentire il minore in forma protetta o, ancora, nei contesti preliminari ad un intervento ex art. 403 e/o di denuncia di reato o di grave pregiudizio.

Nell'affrontare il tema dell'ascolto intendiamo focalizzarci in questa sede sulle modalità che garantiscono maggiormente l'accoglienza dei bisogni del minore maltrattato. Tale ascolto si differenzia dalla raccolta della testimonianza, per la quale è richiesto l'intervento di professionisti con competenze e poteri specifici che operano secondo le Linee Guida contenute nella Carta di Noto nelle sue diverse versioni (1996; 2002; 2017) per le procedure di segnalazione all'A.G. di sospetto maltrattamento o altro reato, nonché per l'obbligo di refertazione.

Come già accennato, il figlio minore che abbia compiuto gli anni 12, e anche di età inferiore ove capace di discernimento, ha diritto di essere ascoltato in tutte le questioni e le procedure che lo riguardano. Tale principio è stato, da ultimo, ribadito nell'art. 315 bis cc dalla l. 219/2012, riforma che ha assegnato un ruolo di rilievo all'ascolto del minore. Come espresso da uno dei primi provvedimenti giudiziari successi a detta riforma, la nuova norma *“delinea il diritto del minore ad essere ascoltato dal giudice, così guardando al fanciullo non come semplice oggetto di protezione ma come e proprio soggetto di diritto, a cui va data voce”* (Tribunale di Varese, 24 gennaio 2013). Già in passato il nostro legislatore aveva previsto, in diversi passaggi del codice civile e nelle norme in materia di affidamento, adozione, riconoscimento dei figli minorenni, un tale momento.

Il tema dell'ascolto del minore nell'ambito delle procedure giudiziarie che lo riguardano, sulla scorta degli orientamenti internazionali, ha assunto da tempo, infatti, una particolare rilevanza anche alla luce del fatto che il minore è passato dall'essere considerato mero oggetto di tutela, all'essere individuato come soggetto portatore autonomo di diritti.

5.2 L'ascolto del minore di età nei servizi

Il tema dell'ascolto del minore nei servizi di tutela da parte di assistenti sociali, educatori, psicologi evidenzia, primariamente, l'esigenza di rendere partecipe i bambini/adolescenti nelle diverse fasi della presa in carico e nelle scelte operative che li riguardano insieme alla sua famiglia.

L'ascolto del minore da parte degli operatori ha lo scopo di conoscere direttamente lo stato di benessere, il disagio o il danno connessi alle condizioni del suo contesto familiare, alla qualità percepita delle esperienze educative e relazionali in cui vive.

È un compito da svolgere a più mani, in cui sono fondamentali sia la specificità dei singoli interventi professionali sia le connessioni delle informazioni e delle valutazioni che dovranno far emergere gli aspetti critici e le potenzialità collegate ai bisogni delle diverse fasi evolutive.

Ma cosa s'intende per ascolto della persona minore di età? *“Con l'ascolto si rappresenta un sentire attivo. Ascoltare è entrare in relazione con il bambino, è aver riguardo e considerazione per le sue parole, emozioni, aspirazioni, inclinazioni, desideri e, in qualche modo, i segnali extraverbali che invia”* (Pazè, 2012).

L'ascolto del bambino/adolescente all'interno degli ambiti in cui avviene (sociale, educativo, clinico) necessita di qualità empatiche e relazionali, di conoscenze sullo sviluppo psicologico di base. La dimensione relazionale, la disposizione all'ascolto, unitamente al saper professionale, diventano le condizioni che portano il minore ad essere compreso in esperienze ed emozioni non facilmente narrabili in quanto, seppure disfunzionali, attengono a dinamiche di dipendenza proprie dei legami con le figure affettive di riferimento.

L'ascolto e la comprensione delle condizioni psichiche del minore nelle situazioni di maltrattamento e abuso contribuiscono a delineare i progetti d'intervento volti a superare le condizioni di pregiudizio e a fornire i più adeguati supporti educativi e psicologici. Il bambino/adolescente ha pertanto il diritto di essere informato e ascoltato quando i provvedimenti adottati dal Tribunale per i Minorenni e le scelte operative che ne derivano vanno ad incidere e a modificare la sua quotidianità, le relazioni familiari e sociali (Pedrocco e Talevi, 2011)

Il diritto all'ascolto all'interno di una relazione centrata sul dialogo significa anche *“il riconoscimento del diritto del fanciullo di essere aiutato a formarsi un'opinione e a conoscere preventivamente i possibili effetti delle scelte che egli vorrebbe fare o che vorrebbe fossero fatte per lui (...). È dunque un'educazione alla responsabilità”* (Fadiga, 2014).

Pertanto, il tema del diritto all'ascolto e della relazione all'interno della quale esso si pone interessa e impegna tutti i professionisti che a vario titolo promuovono una cultura dei diritti dell'infanzia, in particolare i professionisti del servizio sociale, oggi più consapevoli di dovere fondare la propria valutazione professionale sulla conoscenza del bambino/adolescente in quanto *persona* (e non solo in quanto “figlio di”) e dei suoi bisogni evolutivi all'interno di una relazione di fiducia e di sostegno. Un'attenzione dovuta perché fondamentale alla predisposizione del progetto educativo individualizzato, in particolar modo quando finalizzato alla protezione e cura del minore di età stesso. Così la conoscenza del bambino, attraverso il riconoscimento del diritto all'ascolto, diventa realmente la “bussola” degli interventi, orientando l'operatore verso congrue azioni protettive e percorsi di aiuto calati nella sua peculiare realtà, lontana da una prospettiva adultocentrica.

Quando sono ascoltati, i bambini e i ragazzi esprimono il proprio punto di vista fornendo utili indicazioni al mondo degli adulti e ai servizi preposti alla loro protezione e cura, desiderano essere connessi con il “proprio” assistente sociale (si veda il *Focus* del paragrafo successivo).

5.3 La conoscenza diretta del bambino/adolescente nel servizio sociale

Nei servizi sociali, fino a non molto tempo, era diffusa la tendenza dell’assistente sociale a delegare questa importante funzione ad altre figure professionali come lo psicologo e l’educatore, considerati portatori di una maggiore competenza in età evolutiva. Tuttavia, non si deve avere timore di parlare con i bambini e i ragazzi se si è capaci di definire preventivamente compiti e ruoli. Un lavoro di squadra permetterà di allontanare quella “paura” diffusa fra gli operatori sociali di rapportarsi direttamente al bambino/adolescente, passaggio indispensabile non solo per allontanare l’operatore da una prospettiva “adulto-centrica”, ma anche per contenere il rischio di esprimere valutazioni o apprezzamenti di “mera convenienza” per il minore di età (starebbe/sarebbe meglio se...).

È opportuno precisare che non si sta parlando di ascolto del minore di età in ambito giudiziale, compito che compete esclusivamente all’autorità giudiziaria che si avvale di propri consulenti tecnici, bensì di “avere in mente” quel bambino/ragazzo attraverso la sua conoscenza diretta.

Quando l’assistente sociale deve svolgere un’indagine per gli organi giudiziari è infatti necessario che rappresenti e descriva come sta “quel” bambino/adolescente, in quale realtà familiare, sociale e educativa è calato, al di là dell’accertamento dei fatti.

Per facilitare la conoscenza del figlio è raccomandabile predisporre di strumenti facilitanti, ormai diffusi e reperibili.¹³

L’assistente sociale impegnato nella valutazione dell’ambiente di vita del figlio, entra a tutti gli effetti nel sistema comunicativo del soggetto in età evolutiva. La sua presenza veicola potenti messaggi e informazioni filtrate (e spesso deformate) dalle rappresentazioni e dai significati dei suoi adulti di riferimento: le persone che il bambino ascolta di più poiché da loro dipende. A quale collega non è accaduto di apprendere nel corso dell’intervento che al figlio erano stati comunicati messaggi del tipo “attento a quello che dici, l’assistente sociale ti manda in comunità, comportati bene altrimenti dico all’assistente sociale di mandarti in collegio, devi dire all’assistente sociale che io sono il genitore migliore per te” ecc. (Cheli, Mantovani e Mori, 2015)

Il mandato assegnato dall’autorità giudiziaria al servizio sociale fa sì che quest’ultima sia (comprensibilmente) percepita dai genitori in difficoltà come una “promanazione del giudice”.

In altre parole, assumendo il primo assunto della pragmatica della comunicazione umana (Watzlawick e Al., 1971) in base al quale è impossibile non comunicare, tanto vale sviluppare canali comunicativi improntati alla chiarezza e alla trasparenza del ruolo, delle funzioni, delle motivazioni e delle finalità dell’intervento (eccetto i casi in cui sussiste un dubbio circa una condizione di maltrattamento intra-familiare che si prefigura come ipotesi di reato, il quale non va mai esplicitato e indagato; si veda par. 6.4) per arginare possibili fraintendimenti, pregiudizi, incomprensioni.

Come più volte ribadito in questo Quaderno, la trasparenza ha l’effetto di contenere, assicurare, legittimare, responsabilizzare, rendere credibili e permettere la costruzione di una relazione di fiducia.

Generalmente i bambini hanno una capacità (e un bisogno) di comprensione maggiore di quello che presupponiamo; hanno bisogno di messaggi chiari sia da parte degli adulti che hanno cura di loro, sia da parte di coloro che possono incidere sulla loro vita. Quando “si mettono in moto” emozioni forti possono avere problemi di comprensione e di memoria. Se ascoltano versioni troppo differenti o discordanti si confondono. Ciò non significa trasmettere dati “obiettivi e reali” bensì una “spiegazione narrabile” in base alla capacità di comprensione e alla fase di sviluppo: la nostra “versione adulta migliore” (Cheli, Mantovani e Mori, 2015).

Da qui l’importanza di parlare con i bambini offrendo loro spiegazioni sugli eventi che li riguardano cercando di coinvolgere le loro figure significative, promettere che verranno tenuti aggiornati.

In tal senso l’operatore dovrebbe pensarsi alla stregua di un “adulto soccorrevole” per il bambino predisponendosi all’ascolto della sua storia, della sua prospettiva di osservazione.

In sintesi, predisporre uno spazio di ascolto non solo previene e contiene eventuali distorsioni comunicative, facilita la valutazione del *parenting* attraverso il confronto tra disagio del figlio e gli

¹³ Alcuni strumenti testati dalla ricerca sono illustrati in Cheli, Mantovani e Mori, 2015.

atteggiamenti delle figure genitoriali, ma anche introduce, nell'abituale stile di funzionamento familiare (spesso troppo ripiegato su problematiche "adulte") un'importante informazione: i pensieri dei figli sono rilevanti e vanno ascoltati, anche dai servizi.

Gli accorgimenti cui ricorrere per predisporre uno spazio per conoscere il bambino non sono costosi (fogli, pennarelli, matite, qualche gioco, anche se è importante una gestione programmata dello spazio e la predisposizione di un clima sereno e non inquisitorio: l'operatore deve acquisire conoscenza dell'ambiente e delle persone, non ricostruire fatti "a tutti i costi").

Focus I servizi sociali della tutela visti dai bambini e dai ragazzi: una revisione della letteratura anglosassone¹⁴

L'interesse per le opinioni e le esperienze dei bambini e ragazzi con gli assistenti sociali e altri professionisti dei servizi di protezione dell'infanzia (Thomas, 2002, 2005; Franklin e Sloper, 2005; Oliver et Al., 2006), riflette il crescente riconoscimento internazionale sui diritti dei cittadini in crescita, in particolare l'ascolto delle loro opinioni, e sollecita una crescente attenzione politica verso lo sviluppo di servizi personalizzati, in particolare rivolti ai bambini/ragazzi che vivono condizioni di fragilità e/o avversità.

Riportiamo alcuni dati salienti tratti da una interessante review anglosassone poiché nel nostro Paese, purtroppo, mancano ricerche simili, nonostante la loro cruciale importanza.

Questa revisione, frutto di uno studio sistematico della letteratura pubblicata negli ultimi dieci anni, è finalizzata a esplorare le esperienze riportate dai bambini/ragazzi rispetto al loro rapporto con gli assistenti sociali, le loro opinioni sui compiti del servizio sociale e su ciò che rende "sufficientemente buono" l'intervento.

Se da un lato da queste ricerche emerge che la maggior parte dei bambini percepisce il proprio assistente sociale come il professionista più importante nella loro vita, dall'altro altre ricerche evidenziano una tensione crescente tra le esigenze dei compiti di lavoro sociale e le competenze richieste agli assistenti sociali per intraprendere un efficace lavoro nell'ambito della prevenzione e della protezione (Stein, 2009).

In ogni caso, questi studi mostrano che i bambini/ragazzi hanno molti suggerimenti pratici da offrire su come migliorare la pratica professionale nei servizi sociali e su come gli assistenti sociali possono meglio rispondere alle loro opinioni e desideri (Allen, 2003; OFSTED, 2009a, 2009b; Morris, 2005; Sinclair et al., 2001).

In sintesi, essi riferiscono di volere:

- rispetto per la loro individualità (personalizzazione);
- più voce in capitolo nella pianificazione degli interventi (flessibilità, inclusione, partecipazione) e nel contatto con la famiglia;
- un più facile accesso agli assistenti sociali quando hanno bisogno di vederli;
- essere riconosciuti e considerati come individui, e non solo visti per la presenza di un problema specifico o "disturbo".

Che cosa rende un assistente sociale "sufficientemente buono"?

Hill (1999) ha riassunto le caratteristiche chiave che i bambini ricercano nell'assistente sociale come segue:

- disponibilità ad ascoltare e mostrare empatia;
- affidabilità (mantenimento delle promesse, disponibilità, puntualità);
- azione (affrontare problemi pratici e bisogni materiali);
- rispettare le confidenze;

Al contrario, un assistente sociale non competente:

- non ascolta o travisa le informazioni;
- non parla ai bambini e ai giovani in privato;

¹⁴ Christine Oliver, Children's views and experiences of their contact with social workers: A focused review of the evidence, Children's Workforce Development Council, giugno 2010. <https://www.gov.uk/government/organisations/childrens-workforce-development-council>. Traduzione a cura di Mariagnese Cheli.

- parla e ascolta solo gli adulti piuttosto che il bambino/ragazzo;
- non mantiene le promesse;
- non è puntuale;
- è autoreferenziale nelle decisioni;
- non condivide le informazioni con il nuovo assistente sociale assegnato;
- ignora le opinioni dei bambini più piccoli.

Nel loro insieme, queste caratteristiche negative potrebbero essere interpretate come la tendenza a non tenere in considerazione le opinioni dei bambini, i loro bisogni di privacy, la loro autonomia e le loro capacità, in particolare. Anche i bambini cresciuti in affidamento dai parenti sono meno coinvolti nel processo decisionale (Broad et Al., 2001; Morris, 2005; Hart, 2006). Bambini da molti anni in affidamento riferiscono spesso di sentirsi “dimenticati” dai servizi sociali, anche se riconoscono all’assistente sociale un ruolo importante nelle loro vite in relazione alle difficoltà familiari.

Allontanamento e contatti con la famiglia

Molti bambini in cura riferiscono che gli allontanamenti creano molte difficoltà, interrompono la rete amicale, sociale e scolastica, alimentano sentimenti di impotenza e insicurezza e rendono difficile mantenere i contatti con familiari e amici (OFSTED 2009a, 2009b; Sinclair et al., 2001).

Molti bambini allontanati lamentano la difficoltà di esprimere le proprie emozioni sia con l’assistente sociale che con i caregiver (Sinclair et Al., 2001; OFSTED, 2009a), e che vorrebbero poter scegliere il luogo più adatto senza dover subire troppi trasferimenti (OFSTED, 2009a).

Le ricerche suggeriscono che è necessaria una maggiore flessibilità nella pratica del lavoro sociale per consentire ai bambini di rimanere nel posto che hanno scelto (OFSTED 2009a; Sinclair et al., 2001).

La ricerca mostra che la maggior parte dei bambini desidera una qualche forma di contatto con la propria famiglia di origine, ma la forma e la frequenza di tali contatti può variare a seconda dei desideri del bambino es. incontri mensili o settimanali, per telefono o diretti con alcuni, ma non tutti, i membri della famiglia (Sinclair, et Al., 2001). Gli assistenti sociali dovrebbero conoscere i sentimenti del bambino riguardo al contatto con le famiglie in modo approfondito. Potrebbe essere necessario intervenire per impedire il contatto, cambiare la sua natura, o lavorare sulle relazioni familiari, come richiesto da molti bambini.

Contatti con l’assistente sociale

Difficoltà a prendere contatto con l’assistente sociale sono lamentate comuni (Timms e Thoburn, 2003; OFSTED, 2009b). Tuttavia, le opinioni dei bambini variano in base alla frequenza e alla natura del contatto che desiderano avere con il loro assistente sociale. I risultati indicano che le decisioni sulla frequenza del contatto non possono essere prescrittive; piuttosto, la frequenza del contatto dovrebbe dipendere dai bisogni del singolo bambino in un particolare momento (Sinclair et Al., 2001; OFSTED, 2009c).

Molti bambini hanno riferito il disagio prodotto dai frequenti cambiamenti dell’assistente sociale, in termini di frustrazione, rifiuto o disgusto di dover ripetere la propria storia, difficoltà nel formare un rapporto di fiducia con il nuovo operatore o altri professionisti (Blueprint Project, 2005). I bambini tendono a dare fiducia alle persone, e non a particolari servizi o approcci (Mainey et Al., 2009). Questo suggerisce che i bambini possono sviluppare un buon rapporto con il loro assistente sociale pur rimanendo diffidenti nei confronti dei servizi in generale.

Lavoro multi-professionale

La ricerca mostra che mentre i bambini possono avere molti professionisti coinvolti nella loro vita, tendono a considerare come punto di riferimento centrale il loro assistente sociale (Stein, 2009). Tuttavia, un efficace lavoro multi - professionale è universalmente riconosciuto come un fattore chiave per consentire a bambini e a giovani di affrontare molteplici sfide, in particolare coloro che si occupano della cura (Dobel-Ober, 2005; Chase et Al., 2008).

Numerose ricerche suggeriscono che l’uso di strumenti informatizzati e standardizzati per la

valutazione delle esigenze dei bambini, nell'ottica dell'integrazione, ha un impatto significativo sul livello di soddisfazione degli interventi (Bell et Al., 2007). I bambini riferiscono di volere che le informazioni siano condivise tra servizi per il soddisfacimento dei loro bisogni, ma hanno la necessità di avere chiarezza sul progetto in loro favore, in particolare sugli obiettivi, le motivazioni e la durata (Mainey et Al., 2009; Morgan, 2007b).

Anche se per molti bambini e giovani il lavoro di più servizi è considerato come un fattore chiave per consentire loro di affrontare i problemi complessi (Chase e Al., 2008), nelle interviste l'assistente sociale emerge come figura centrale dell'accesso ai servizi sanitari, come ad esempio ai servizi per la salute sessuale (Dobel-Ober, 2005).

Collocazione extra familiare e possibilità di scelta

Tra i cittadini in crescita che tendono ad avere meno probabilità di vedere rappresentate le proprie opinioni e sentimenti, vi sono i bambini in affidamento familiare (Broad et Al., 2001; Morris, 2005), e i bambini in comunità che rischiano di essere emarginati dalle pratiche di lavoro sociale, sentendosi, come riferiscono, "dimenticati" dal servizio poiché collocati in un luogo protetto (Hart, 2006).

I bambini in affidamento erano più propensi a considerare appropriata la scelta del loro collocamento (90%) rispetto ai bambini inseriti in comunità (57%). I giovani che hanno riferito un buon livello di soddisfazione e di gradimento hanno motivato il loro giudizio affermando che si sentivano ben curati e in sicurezza, e che i loro caregiver erano gentili e solidali.

Scuola

Negli ultimi anni c'è stata una tendenza generale a ridurre i cambiamenti di scuola per i bambini allontanati dalla famiglia di origine. In un recente sondaggio, molti bambini infelici per il passaggio a una nuova scuola, hanno riferito di non essere stati consultati (OFSTED, 2009a).

In particolare, ritengono che gli studenti della scuola secondaria non debbano essere trasferiti prima degli esami (OFSTED, 2009b). Tuttavia, non tutti i bambini si sono opposti al cambiamento della scuola. I risultati mostrano che una piccola maggioranza (54%) considera il passaggio a una nuova scuola come interessante (OFSTED, 2009a). Le ragioni principali sono che la scuola era più vicina a casa o piaceva di più.

Nel complesso, i bambini vogliono che gli assistenti sociali discutano con loro il cambiamento della scuola (Morgan, 2007b). In termini di vita quotidiana dei bambini a scuola, le necessità espresse ruotano attorno ai bisogni di sostegno nel contesto scolastico, come qualcuno con cui parlare a scuola se si ha un problema (OFSTED, 2009c), senza incorrere nel rischio di "trasformare la scuola in una sezione locale del servizio sociale" - cioè, avere incontri durante le pause pranzo, interrompere la lezione e altre attività (Sinclair e Al., 2001). Tali interventi di lavoro sociale possono esporre il bambino ad atteggiamenti e comportamenti stigmatizzanti dai loro pari.

Contatti con la famiglia

Per molti bambini in affido, il contatto con la loro famiglia di nascita è un problema scottante (OFSTED, 2009a, 2009b). Sebbene le famiglie di nascita possano aver contribuito alle difficoltà nella vita dei bambini, possono anche generare sentimenti di lealtà. Un sondaggio (Timms e Thoburn, 2003) ha rilevato che oltre la metà ha riferito di non avere visto abbastanza il padre, e più di un terzo non ha visto abbastanza la madre; un terzo non ha visto abbastanza i fratelli e quasi la metà non ha visto abbastanza di altri membri della famiglia, tra cui i nonni. Inoltre, oltre la metà dei partecipanti allo studio ha dichiarato di non aver visto abbastanza gli amici.

Il contatto con i genitori può anche contribuire alle tensioni tra caregiver e genitori e il bambino può sentirsi preso nel mezzo del conflitto (Oliver et Al., 2006 citato in Stein, 2009). Laddove gli assistenti sociali prestano attenzione ai punti di vista dei bambini, tendono a essere in una posizione migliore per negoziare modalità di contatto accettabili per entrambe le parti. Ridurre tale conflitto può avere benefici inattesi sui bambini, come il miglioramento del rendimento scolastico.

Gli assistenti sociali dovrebbero quindi evitare "regole generalizzate" (Sinclair e Al., 2001).

5.4 Quando il bambino/ragazzo rivela spontaneamente il maltrattamento/abuso

Può accadere che il bambino/ragazzo riveli spontaneamente una condizione di abuso/maltrattamento o che presenti segni di disagio tali da sollecitare un sospetto in tale direzione. Tale evenienza, tutt’altro che infrequente, richiede una buona preparazione sulle tecniche di ascolto da parte dell’operatore, un buon controllo emotivo e anche una certa prontezza d’iniziativa, poiché:

- non è detto che il minore sia disponibile a ripetere il racconto, solitamente accompagnato da aspetti angosciosi;
- l’ascolto dell’abuso può inficiare gli aspetti probatori dell’eventuale notizia di reato;
- le reazioni emotive dell’operatore possono bloccare il desiderio spontaneo di chiedere aiuto.

Che fare in tali circostanze? A partire dall’esperienza maturata sul campo, riteniamo utile offrire i seguenti suggerimenti:

È sempre opportuno favorire un clima accogliente e garantire tranquillità, iniziando con una domanda generica, ad esempio *“c’è qualcosa che ti è capitato e che vorresti raccontarmi?”*

In caso affermativo: *“cerca di raccontamelo meglio che puoi, in modo che io possa capire”* (ricordarsi subito dopo di documentare il racconto).

In caso negativo è utile non insistere nel voler ottenere una risposta a tutti i costi.

Permette al bambino/ragazzo di parlare liberamente anche se il racconto appare confuso.

In questi casi le domande aperte, più opportune da formulare, solo in presenza del bambino/ragazzo, sono le seguenti: *“Mi racconti bene cos’è successo?”*, *“Dove è accaduto?”*, *“Cos’è successo dopo?”*, *“Ne hai parlato con qualcuno?”*

È importante, poi, riconoscere alla persona lo sforzo compiuto: *“Mi stai davvero aiutando a capire meglio, mi hai aiutato a capire. Grazie per il tuo sforzo”*.

È importante:

- osservare il comportamento del bambino/ragazzo mentre racconta, con particolare attenzione agli aspetti emotivi: imbarazzo, inibizione, fastidio, vergogna, paura, disinvoltura e documentarli, in quanto costituiscono aspetti importanti di un disagio correlato all’abuso.
- assumere un atteggiamento accogliente, di ascolto partecipe evitando comportamenti investigativi, intrusivi, induttivi e dettagliati.

I principali errori nella raccolta del racconto riguardano, in genere:

1. Formulazione delle domande: domande dirette o guidanti, ripetizioni di domande, utilizzo di vocaboli che il bambino non conosce e domande mal formulate.
2. Atteggiamento dell’operatore: adottare ipotesi rigidamente precostituite, porsi in modo troppo assertivo, intimidatorio, mostrare imbarazzo, disgusto, pena, fastidio, fingere di credere a qualsiasi cosa dica il bambino/ragazzo, assumere un atteggiamento verificazionista/investigativo, cioè volto a stabilire se i fatti siano veri o falsi poiché ciò compete all’Autorità Giudiziaria.
3. Comportamento: dilungarsi con il bambino/ragazzo prolungando il colloquio oltre le sue possibilità, fare pressioni affinché riveli l’abuso, interromperlo mentre parla, fare promesse che non si è sicuri di poter mantenere, fissarlo insistentemente negli occhi.

Riassumendo:

Il primo passo è quello di ascoltare. Come regola generale, è preferibile parlare il meno possibile ed ascoltare attentamente ciò che il bambino/ragazzo ha da dire evitando di interromperlo o forzandolo ad affrontare argomenti o dettagli di cui non vuole parlare o che non sa fornire.

Il secondo passo è controllare le proprie emozioni: hanno l’effetto di bloccare e inibire il racconto.

Il terzo passo è adottare un linguaggio che tenga conto della età e dello stadio evolutivo del soggetto in crescita. Favorire il racconto spontaneo, con le parole scelte dal bambino/ragazzo, evitando di correggere il suo linguaggio, rispettando ed usando la stessa terminologia che ha usato nel descrivere la situazione di abuso (ad esempio, nel descrivere parti del corpo).

Il quarto passo è formulare il minor numero di domande possibile, utilizzando comunque “domande aperte”, vale a dire che permettano di raccontare in modo libero.

Il quinto passo è evitare di esprimere commenti o giudizi negativi su chi ha compiuto l'abuso, specie se è una persona molto vicina alla vittima.

Il sesto passo è redigere un diario il più possibile completo, confrontarsi con un collega più esperto, con il proprio responsabile, chiedere una consulenza specialistica di natura giuridica.

Raccomandazioni

Nell'ascolto in modalità di aiuto ci appaiono particolarmente esaustive le raccomandazioni contenute all'interno delle Linee guida sul maltrattamento recentemente redatte dal *National Institute of Health and Clinical Excellence* (NICE, 2017) di cui, per comodità di lettura riportiamo un estratto, tenendo conto che fa riferimento ad un ordinamento giuridico e a un contesto sociale differente, cioè quello anglosassone.

Innanzitutto, relativamente alle modalità di colloquio con bambini e adolescenti, le linee guida NICE¹⁵ (ottobre, 2017) suggeriscono quanto segue:

1.1.1 Adottare un approccio incentrato sul bambino/ragazzo: coinvolgerlo nel processo decisionale nella misura massima possibile a seconda dell'età e della fase di sviluppo.

1.1.2 Utilizzare un'ampia gamma di metodi per comunicare (ad esempio disegno, libri o altre attività). Adeguare il metodo all'età ed alla fase di sviluppo, tenendo conto di eventuali disabilità (ad esempio disabilità dell'apprendimento, disturbi dello sviluppo neurologico, disturbi dell'udito e della vista) e richiedendo assistenza da parte di specialisti, se necessario. Allo stesso modo richiedere aiuto in caso di difficoltà nella comunicazione. Ove sia necessario un interprete, assicurarsi che il compito non sia affidato a un familiare.

1.1.3 In tutte le conversazioni con bambini e adolescenti in cui sussistano sospetti di abuso e abbandono, è necessario in primo luogo spiegare la necessità della riservatezza e, soprattutto, tenere conto degli obblighi di referto previsti dalla normativa. La conversazione va inoltre gestita in base alle seguenti regole:

- essere sensibile ed empatico; ascoltare attivamente e usare le domande aperte;
- scoprire i loro punti di vista e i loro desideri;
- controllare di aver correttamente compreso ciò che il bambino ha raccontato;
- tenere conto del credo religioso o culturale;
- utilizzare un linguaggio semplice e spiegare eventuali termini tecnici;
- lavorare al ritmo del bambino/ragazzo; offrire sempre l'opportunità di interrompere la conversazione o di lasciare la stanza, spiegando, ove ciò accadesse, cosa succederà dopo e quando.

1.1.4 Assicurarsi che le conversazioni avvengano in un luogo dove il minore di età si senta a proprio agio. Prendere in considerazione la presenza di eventuali problemi sensoriali.

1.1.5 Se l'interazione con il bambino/ragazzo comportasse un contatto fisico, (ad esempio, una visita medica) spiegare sempre cosa si sta per fare e chiedere il consenso (...)

1.1.7 Condividere rapporti e programmi terapeutici con il minore, in modo appropriato all'età e comprensione.

1.1.8 Spiegare chiaramente come si svolgerà il lavoro e attenersi a quanto spiegato. Se questo non fosse più possibile, spiegarne il perché e offrire azioni alternative (...)

- In sostanza, il diritto del minore di età di essere ascoltato e di esprimere un parere sulle questioni che lo riguardano non deve limitarsi solo alle sedi giudiziali, ma deve coinvolgere anche i servizi preposti alla sua protezione e cura. Gli operatori devono conoscere e poter disporre di strumenti facilitanti la conoscenza diretta del bambino/ragazzo e avere adeguata formazione sull'ascolto del minore di età.
- Non è possibile, in questa sede, offrire indicazioni univoche sui criteri da adottare nelle varie fasi di età (si rimanda alla letteratura specialistica sul tema, sviluppato, prevalentemente, in ambito psicologico-giuridico) poiché, alla fine, le scelte dipenderanno dalle caratteristiche peculiari del caso in esame. Ciò giustifica, di per sé, il ricorso all'*équipe* multiprofessionale e, nei casi più complessi, alla consulenza multidisciplinare o specialistica (giuridica).

¹⁵ In <https://www.nice.org.uk/guidance/ng76>.

Capitolo 6

Conclusione e restituzione degli esiti

Il momento della restituzione è un momento cruciale dell'intervento valutativo orientato al recupero delle capacità genitoriali, in quanto stimola la famiglia a riflettere sul percorso di valutazione e a comprendere se vi sono margini per stabilire un'alleanza di lavoro. La particolare utilità di questa fase deriva dal fatto che crea l'occasione per integrare, rileggere e condividere gli aspetti critici, i punti di forza, le aree di miglioramento e come il servizio/i può sostenere il cambiamento.

La restituzione sostiene il rapporto di trasparenza tra servizio e famiglia, elemento fondamentale per individuare assieme il successivo intervento di aiuto, pur in un contesto coatto. Questa è, infatti, la sfida che i servizi di tutela e cura dell'infanzia/adolescenza devono affrontare, poiché il livello di condivisione e disponibilità da parte della famiglia al confronto su questi elementi indica la presenza di variabili prognostiche positive.

Si tratta di una fase assai delicata del processo di intervento poiché, alla fine, rappresenta non solo una "cartina di tornasole" della disponibilità della famiglia a proseguire negli interventi di aiuto e cura, ma anche della capacità degli operatori e dei servizi di "fare sistema", cioè di integrare in un'unica cornice progettuale i dati valutativi e trasformarli in una proposta coerente, congrua e integrata, senza perdere di vista le specifiche funzioni, i ruoli e le risorse da attivare/attivabili per raggiungere lo scopo.

6.1 La restituzione alla famiglia come fase cruciale per il recupero della capacità genitoriale

La restituzione alla famiglia deve sempre essere prevista. È auspicabile che coinvolga tutti i membri della famiglia, pur differenziandone le modalità ed i tempi in base all'età del figlio, al tipo di relazioni interne alla famiglia, all'esito del percorso valutativo.

Nei casi di sospetto abuso/maltrattamento intrafamiliare, quest'ultima deve concentrarsi sull'eventuale disagio, sulla storia della famiglia e la sua condizione attuale e mai sulle informazioni dell'operatore inerenti fatti e circostanze riconducibili a quel sospetto specifico.

Non è necessario che la restituzione avvenga mediante lettura della relazione, è sufficiente che l'operatore narri sotto forma di una storia con parole semplici, adatte e comprensibili a chi le ascolta, il percorso che è stato realizzato insieme e ciò che ne è emerso. Vi sarà una parte dedicata alla ricostruzione delle vicende familiari passate, preferibilmente trigenerazionali e attuali, con particolare attenzione alle ridondanze rilevate nella storia ed una parte che comprende ragionevoli ipotesi sulle criticità che sono emerse e sui cambiamenti auspicabili. Saranno resi comprensibili i fattori di rischio (le fragilità) e quelli di protezione (i punti di forza) e indicati possibili interventi, nonché le risorse che il servizio è in grado di attivare.

Se previsto, andrà specificato che questi contenuti saranno inviati all'Autorità Giudiziaria sotto forma di una relazione alla quale saranno eventualmente allegati altri documenti raccolti o pervenuti al servizio poiché ritenuti importanti per far comprendere, con maggior accuratezza, la situazione al magistrato. La valutazione, infatti, non è un semplice elenco di fattori salienti per un funzionamento genitoriale "sufficientemente buono", bensì una riflessione più articolata sul contesto attuale, sulla storia all'interno della quale si sono sviluppate le criticità rilevate, su come la famiglia le ha affrontate, sui fattori di protezione presenti e, non ultima, sulla capacità dei genitori di considerare anche altre prospettive della loro storia.

Anche la fase della restituzione, così come ogni singola parte del percorso valutativo (e successivamente di progettazione, realizzazione e verifica dell'intervento) è pianificata e realizzata dall'*équipe* multidisciplinare al fine di garantire una visione multidimensionale ed aprire lo spazio al confronto tra più professionisti e la famiglia mettendo a disposizione, allo stesso tempo, le conoscenze proprie di ogni singola professione. I punti di vista vengono preliminarmente discussi, valutati e condivisi interdisciplinariamente in tutti i loro aspetti. L'*équipe* è, infatti, responsabile della realizzazione operativa del percorso di accompagnamento della famiglia per tutta la sua durata.

Nel colloquio di restituzione sarà importante ricostruire la storia del figlio e della famiglia per dare senso agli eventi presenti, riconnettendo nel "filo di una ipotesi storica" gli eventi e la condizione

in cui versano i componenti della famiglia ai fattori di rischio/protezione individuati e ai segnali di vulnerabilità/resilienza riscontrati. Ciò allo scopo di presentare e discutere con la famiglia ipotesi sul funzionamento familiare e sulle risorse cui attingere per superare le difficoltà: presentare cioè alla famiglia una possibile spiegazione della loro storia, una nuova narrazione co-costruita da parte di tutti i soggetti coinvolti nel percorso.

La comunicazione dell'esito della valutazione quindi dovrà il più possibile:

- ancorare il parere ai fatti, utilizzando gli esempi e gli episodi raccontati dalla famiglia e da altri osservatori attendibili;
- focalizzarsi sullo stato di benessere/malessere del figlio evitando di connetterla in modo troppo diretto al comportamento del genitore;
- concludere mettendo in luce, se possibile, gli aspetti e le evoluzioni positive;
- coinvolgere i genitori e/o gli adulti di riferimento, con il consenso dei genitori, chiedendo loro un'opinione sulla restituzione;
- auspicabilmente, condividere possibili proposte d'intervento e gli ipotetici scenari.

Passare da una prospettiva orientata al “cosa c'è che non va?” ad una orientata al “cosa è successo?” esplorando e integrando gli elementi della storia (trama narrativa), facilita la predisposizione di un clima di maggiore collaborazione in cui favorire la ricerca di un senso delle difficoltà genitoriali e, conseguentemente, dell'intervento dell'operatore.

Adottare un linguaggio accessibile, comprensibile e porre costante attenzione a verificare il livello di comprensione attraverso *feedback* (*Mi segue? È chiaro quanto ho detto? Le sembra comprensibile? Ha bisogno di altre spiegazioni?*) facilita l'attivazione della famiglia nell'individuazione di possibili strategie di intervento.

Durante il colloquio di restituzione il racconto alla famiglia di una nuova storia co-costruita dovrebbe sempre concludersi con la domanda: “Cosa ne pensate?”. Questa domanda infatti permette ai componenti della famiglia di esprimersi sulle sollecitazioni ricevute, indicando gli aspetti su cui sono più o meno d'accordo, offrendo loro la possibilità di far emergere anche il rifiuto di ipotesi plausibili sul piano cognitivo ma ancora non accoglibili su quello emotivo.

La restituzione, anche quando non è condivisa dalla famiglia, permette di insinuare dei dubbi, di mostrare gli eventi secondo una diversa prospettiva, sollecitando così l'assunzione di un atteggiamento riflessivo, spostando l'intervento dal contesto della valutazione a quello dell'aiuto.

Come nelle fasi precedenti del percorso valutativo, anche nella fase della restituzione è importante favorire la creazione di uno spazio empatico di ascolto e di accoglienza attraverso un atteggiamento di autentica curiosità, di sospensione del giudizio, formulando ipotesi che partono dal materiale raccolto attraverso la narrazione della famiglia e mettendo in relazione le istanze dei genitori con i bisogni del figlio.

Il racconto di sé in un contesto di ascolto autentico è un elemento cruciale per lo sviluppo di fattori di resilienza. I professionisti possono fungere da “tutori di resilienza” permettendo al nucleo familiare di organizzare il proprio romanzo integrandolo in una storia unitaria e un'identità narrativa: ascolto la tua storia e te la racconto a mia volta perché tu possa dirmi se ho compreso (e tu faccia concreta esperienza di essere ascoltato) e perché tu possa ascoltarla a tua volta (Milani e Ius 2010).

Quando rispecchiamo la storia dell'altro, lo aiutiamo a vederla, a darle significati e a progettare il futuro.

Durante la narrazione è importante anche far emergere i toni emotivi del racconto, esplicitando le emozioni spesso implicite, ad esempio “*mi sembra che ricordare quel momento della sua vita sia doloroso per lei...*” oppure “*mi sta dicendo che quando ha scoperto che...ne è rimasta sconvolta...*” o ancora “*la relazione con...è per lei molto importante, la fa stare bene, per questo sente di volersi impegnare per farla funzionare...*”.

Così come la restituzione sotto forma di storia favorisce l'emersione delle emozioni della famiglia e del bambino, allo stesso tempo permette all'operatore di esplicitare cosa pensa e come quella storia lo fa sentire: “*sentirla parlare di suo figlio mi ha fatto capire quanto gli vuole bene anche se a volte non è stato in grado di...*”, “*questo suo racconto mi ha mosso un sentimento di solidarietà, non è facile essere genitori quando.....*”, “*può capitare a tutti di sentirsi in difficoltà e di non sapere a chi rivolgersi...*”. È opportuno, cioè, utilizzare forme di comunicazione che facilitano la creazione di

un'interazione aperta e trasparente, in cui ciascuno si rende responsabile delle proprie esperienze, dei propri vissuti e del modo di percepire i fatti raccontati e ciò che avviene nell'interazione. Questo tipo di comunicazione è attenta a rispettare la diversità delle idee, delle culture e dei valori di ogni famiglia. Ad esempio, si possono esplicitare le caratteristiche culturali della genitorialità collegandole alla condizione di vita dei figli: *“il vostro racconto è stato utile a farmi capire meglio cosa è importante per voi, le vostre abitudini, come siete stati educati, le vostre idee rispetto a come si curano i bambini... tutti questi sono aspetti importanti nel modo in cui vi occupate della vostra famiglia, proviamo a vedere insieme come stanno i vostri figli, cosa pensate in merito? Quali sono le cose che hanno detto i vostri figli che vi hanno colpito di più? Ve lo aspettavate? Pensate che si possa cambiare qualcosa?”*

È sempre importante prestare attenzione al fatto che la capacità di creare un clima di non giudizio, di adottare un linguaggio semplice e comprensibile, di ancorare il parere ai fatti, coinvolgendo i genitori e con l'attenzione a non colpevolizzarli, sono elementi fondamentali per ipotizzare azioni di progetto co-costruite con la famiglia.

Le recenti Linee di indirizzo nazionali relative a *“L'intervento con bambini e famiglie in situazione di vulnerabilità. Promozione della genitorialità positiva”*¹⁶ indicano che durante la restituzione, al fine di promuovere un legame positivo tra il figlio e le sue figure parentali, i professionisti prestino costante attenzione a valorizzare le competenze e i punti di forza, a non innescare meccanismi di espropriazione di tali competenze. Viene promossa la piena partecipazione della famiglia anche relativamente alle azioni da attivare per la risposta ai bisogni del figlio.

I professionisti ascoltano e raccolgono le motivazioni ed i punti di vista dei vari componenti della famiglia ed esprimono la loro opinione, evidenziando gli aspetti di preoccupazione e gli elementi di forza su cui la famiglia può contare o meno nella successiva fase della realizzazione dell'intervento. L'*équipe* adotta un atteggiamento dinamico e riflessivo analizzando la situazione della famiglia per come è emersa durante il percorso valutativo e coinvolgendo tutti i soggetti interessati.

Attraverso la restituzione, la famiglia è aiutata a riconoscere e a valorizzare le competenze che possiede e i sostegni disponibili nella comunità e a gestire, nei casi più gravi, gli eventuali momenti di crisi dovuti al collocamento esterno del figlio. Quando ciò avviene, il figlio è messo nella condizione di essere informato su quanto sta succedendo e sui motivi che hanno condotto a quel cambiamento, con parole semplici adatte alla sua età, allo scopo di prevenire e contenere eventuali distorsioni comunicative e di fargli vivere l'uscita di casa come una fase di transizione, in cui le sue figure genitoriali sono impegnate e sostenute per ristabilire le condizioni necessarie per il suo rientro.

I contenuti della restituzione sono fondati sulla concretezza delle informazioni raccolte, integrate fra loro in un'ottica multidimensionale, facendo riferimento, come più volte ribadito, al modello dei fattori di rischio e di protezione ed in un'ottica ecologica dello sviluppo umano (Bronfenbrenner, 2002), mediante il Triangolo dell'*Assessment Framework* (White, 2005; Bentovim e Al., 2009), Il Mondo del Bambino nella versione italiana (Milani, Serbati e Ius, 2010). Questo modello, che delinea la genitorialità come multideterminata, orienta ad un tipo di restituzione che contenga un parere integrato (da parte dell'*équipe*, come si è detto) relativamente a tutte e tre le dimensioni.

La restituzione prevede quindi una sintesi, nel qui ed ora, della storia e della situazione attuale della famiglia e dei suoi componenti, rivolta a fare un bilancio dei bisogni di crescita dei figli: quanto essi sono soddisfatti, cosa non viene garantito, quali sono gli eventuali disagi o danni visibili ed, infine, che cosa tra le risorse interne (dei genitori e del bambino) ed esterne (della famiglia allargata, della comunità, dei servizi) può essere messo in campo per promuovere un processo di cambiamento e migliorare la vita del bambino e della famiglia.

Ciò giustifica, di per sé, l'importanza di disporre di una approfondita valutazione dei bisogni evolutivi del figlio.

Raccomandazioni

- La restituzione deve sempre essere prevista e realizzata, pertanto occorre pensarla come una fase specifica e importante del processo di valutazione. È un intervento vero e proprio che va pianificato. Sarà l'*équipe*, di volta in volta, a decidere come si svolgerà, da parte di quali operatori, con quali membri della famiglia, quali contenuti saranno restituiti e in che forma, ecc.

¹⁶ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Dicembre 2017.

- In caso di pareri contrastanti interni all'*équipe*, eventualità sempre presente, è importante chiedere una consulenza multidisciplinare.
- Nei casi di sospetto abuso/maltrattamento intrafamiliare, la restituzione deve concentrarsi solo sull'eventuale disagio e mai sui sospetti dell'operatore.
- Deve essere fondata sulle informazioni che sono state raccolte, libera da giudizi e pregiudizi, chiara e trasparente.
- Deve essere proposta nella forma di una storia, con un linguaggio semplice e comprensibile ed in modo interlocutorio: deve cioè stimolare l'apertura di uno spazio di confronto e riflessività. Per questo si consiglia di chiudere con la domanda: *“cosa pensate di quanto vi ho raccontato?”*
- Nel colloquio di restituzione è fondamentale assumere un atteggiamento empatico ed uno stile relazionale centrato sulla famiglia, tendente ad attivare la sua partecipazione.
- La restituzione dovrà contenere ed esplicitare sia gli aspetti critici (aree problematiche, fattori di rischio, disagio, danno evolutivo) che i punti di forza della famiglia (le risorse, i fattori di protezione, le aree funzionanti).

6.2 La restituzione alle Autorità Giudiziarie

Nei casi che prevedono il coinvolgimento dell'A.G., il servizio sociale ha l'obbligo giuridico di restituire l'esito della valutazione, corredato da una proposta progettuale, anche avvalendosi delle risorse specialistiche coinvolte nella fase di valutazione di recuperabilità genitoriale o coinvolgibili nella successiva fase di cura.

Quando la richiesta di valutazione arriva dall'autorità giudiziaria minorile, il mandato è chiaro e vincolante, anche agli occhi della famiglia: tutti sanno che la valutazione verrà utilizzata, insieme ad altro materiale, dai giudici per assumere decisioni in merito alla protezione del figlio. In questi casi il servizio sociale ha l'obbligo giuridico di restituire l'esito della valutazione, corredandolo da una proposta progettuale.

In caso di valutazione prognostica positiva: le varie figure professionali dovranno sostenere il figlio nel ricostruire un'integrità psichica e relazionale; allo stesso tempo i genitori andranno guidati affinché si percepiscano ed agiscano come soggetti sufficientemente responsabili della protezione e dell'accudimento.

In caso di prognosi negativa: le varie figure professionali dovranno sostenere il bambino, oltre che ad elaborare il trauma vissuto per “la perdita” dei genitori, a accogliere nuove figure di riferimento (ad es. affidatari); contemporaneamente, l'intervento sui genitori sarà finalizzato a permettere un distacco dal figlio attraverso un percorso di sostegno.

Raccomandazioni sulla stesura della relazione di valutazione della recuperabilità genitoriale

- La relazione da inviare alle autorità giudiziarie competenti deve essere condivisa e concordata in *équipe*. A seconda dello specifico assetto territoriale dei servizi, può essere a firma congiunta di tutti gli operatori coinvolti nell'intervento valutativo o corredata dai vari contributi specialistici. È importante qui ribadire che tutti i soggetti coinvolti debbono avere chiarezza sul ruolo di regia svolto dal servizio sociale nella tutela, in quanto interlocutore privilegiato dell'autorità giudiziaria. È assolutamente controproducente e dannoso effettuare invii separati. È invece raccomandabile l'invio di ciascun apporto all'assistente sociale referente del caso specifico. L'importante è condividere la cornice metodologica e progettuale complessiva, come più volte ribadito in questo Quaderno.
- In caso di discrepanze/discordanze interne all'*équipe*, come sottolineato, è raccomandabile chiedere una consulenza/supervisione interna al gruppo di lavoro.
- chiarire sempre quali notizie l'operatore abbia potuto constatare personalmente e cosa, invece, egli abbia appreso esclusivamente dai colloqui con le persone (ad es. usando formule del tipo “la madre riferisce che...”) o da altre fonti esterne.
- Suddividere la relazione in sotto-paragrafi come indicato dall'Autorità Giudiziaria (si veda a titolo esemplificativo il format incluso nelle Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso) partendo dalla diagnosi

di sviluppo e procedendo per “centri concentrici” (dimensione prossimale vs distale) ampliando sinteticamente, le dimensioni valutate.

- Evidenziare, nella parte conclusiva, lo stato complessivo di salute/benessere del minore, il livello di consapevolezza dei genitori rispetto ai problemi in essere e all’eventuale stato di pregiudizio riscontrato e il rapporto dei genitori con il servizio e con gli operatori (ad es. collaborativo, evitante, ecc.).
- Inserire gli interventi attivati specificando sempre gli strumenti di valutazione utilizzati dai singoli operatori.
- inserire le proposte, auspicabilmente concordate con i genitori durante la restituzione, per sollecitare una corresponsabilità sottolineando quindi l’adesione o meno dei genitori al progetto ipotizzato.

Il processo di valutazione, come illustrato in questo Quaderno, prevede l’integrazione dei risultati all’interno di un Modello multidimensionale. La stesura della relazione finale dovrebbe, quindi, rispondere a tali requisiti, e in particolare:

- essere accurata;
- essere redatta in un linguaggio comprensibile alla famiglia e all’A.G.;
- enfatizzare la descrizione dei risultati rispetto all’interpretazione;
- includere una sezione riassuntiva che rimanda a ciascun quesito, riepilogando i dati e delineando le inferenze logiche che collegano i risultati all’interpretazione;
- fornire un quadro bilanciato dei punti di forza genitoriali e dei punti di debolezza, identificando possibili rischi, suggerire potenziali interventi per affrontare le difficoltà;
- illustrare i limiti intrinseci al processo di valutazione.

Alcune parole chiave da avere in mente per la stesura della relazione

- **Chiarezza:** espositiva e rispetto alla situazione (quali elementi è utile raccogliere e in che modo comunicarli sempre in relazione all’interlocutore) può essere utile “mettersi nei panni di chi legge/ascolta”.
- **Tempi:** sicuramente uno degli aspetti più delicati. Quando si parla di tempo ci si deve confrontare sempre con alcuni nodi cruciali: le risorse dei servizi e della famiglia, l’età del figlio e la gravità della situazione. Proprio per questo, il tempo è un elemento nodale da considerare già dalle fasi iniziali del processo di intervento e, in particolare, a partire dagli elementi di gravità eventualmente emergenti durante lo svolgimento
- **Responsabilità:** che vuol dire anche consapevolezza professionale del proprio ruolo/azione e delle conseguenze a questo collegate.
- **Valutazione:** intesa nel suo significato più ampio e completo, ripulito da quegli elementi di “pre-giudizio” che possono precludere una reale conoscenza della e sulla situazione. Una valutazione che porta consapevolezza della situazione (limiti e risorse). In questo quadro viene data all’Autorità Giudiziaria la possibilità di ragionare i termini prognostici (se la situazione è modificabile e come) per poi facilitarne una decisione.
- **Risorse:** risorse “concrete”, risorse professionali; risorse del figlio e della famiglia; risorse ambientali, in termini di conoscenza reale e valutazione effettiva di ciò che c’è e ciò che manca nell’ambiente prossimale e distale di vita del bambino/ragazzo e della sua famiglia.

La relazione psicologica

I colloqui clinici hanno l’obiettivo di ricostruire la storia clinica individuale, di coppia e familiare, oltre che l’anamnesi e l’evoluzione del figlio secondo l’ottica familiare. Insieme ai test, si compone un quadro di personalità che mette in luce tratti di personalità che possono influire particolarmente nella condotta genitoriali e nelle interazioni familiari (come per es. impulsività, espressioni degli affetti ecc.).

Raccomandazioni

- La raccolta di dati va sintetizzata nella risposta clinica, che deve comprendere le dimensioni della genitorialità e i fattori storici e attuali che la influenzano (si veda capitolo 4).
- La valutazione è un’inferenza, ovvero si trae una conclusione attraverso una serie di fatti o circostanze, si basa sull’ipotesi diagnostica individuale, relazionale e transgenerazionale che il clinico realizza a seguito della conoscenza e che formula in un parere clinico-funzionale-evolutivo delle relazioni familiari.
- Conclusioni progettuali: sono definite attraverso la realizzazione di un Progetto quadro o Progetto individualizzato, in forma composita, integrata, multi professionale in cui si definiscono i termini della presa in carico psicologica per la recuperabilità genitoriale e la riduzione del danno evolutivo.

6.3 La restituzione al figlio

È sempre raccomandabile restituire l’esito della valutazione anche al figlio, tenendo conto delle peculiarità del caso, della fase dello sviluppo e della sua capacità di comprensione. In particolare quando si tratta di ragazzi e ragazze che hanno manifestato o chiesto direttamente aiuto all’operatore, segnalando le difficoltà proprie e della propria famiglia, depositando nelle mani dell’operatore la paura/preoccupazione e la speranza in un cambiamento. Questa richiesta di aiuto crea un contatto diretto, importante e significativo con l’operatore. Un secondo tipo di situazioni è quella in cui la valutazione esita in un provvedimento protettivo che produrrà un significato cambiamento delle condizioni di vita quotidiane del figlio (come l’allontanamento da casa). Il linguaggio adottato deve essere chiaro e comprensibile e volto a fornire spiegazioni accurate sul contesto: la presenza di un giudice/persona preoccupate per lui, una legge che prevede che i minori di età siano protetti dai pericoli e una serie di interventi a tutela del rispetto dei propri diritti. La prima parte dell’incontro con il figlio va dedicata ad una fase di “ambientamento” e ad una conoscenza reciproca (se non c’è stata prima) in modo che possa crearsi un primo ponte. È importante che l’operatore, in genere l’assistente sociale, si presenti e spieghi con semplicità e chiarezza il suo ruolo e le ragioni dell’incontro.

Alcune raccomandazioni nella restituzione al figlio

- individuare la figura professionale di riferimento del minore, generalmente l’assistente sociale, affiancata, a seconda del caso, da un altro operatore che il bambino/ragazzo conosce e di cui si fida (psicologo, educatore o neuropsichiatra infantile) per creare un clima accogliente e il più possibile sicuro. È importante che chi si fa carico della restituzione resti poi una figura di riferimento per tutto il processo di accompagnamento, che garantisca stabilità e chiari riferimenti per la sua reperibilità;
- partire sempre da un esame di realtà in cui vengono spiegate al figlio le preoccupazioni e gli episodi di vita quotidiana che hanno sollecitato l’attenzione degli adulti ad attivarsi per garantire la sua protezione;
- decolpevolizzare il figlio, in particolare rispetto al comportamento dei genitori, specificando che la responsabilità degli eventuali provvedimenti protettivi non è del figlio ma di un giudice che si preoccupa per il suo benessere;
- astenersi dal giudizio sui genitori sia come persona sia rispetto alla loro volontarietà o meno, ma connotare come inadeguati solamente i loro comportamenti/azioni;
- lasciare sempre uno spazio di ascolto per far emergere l’effetto prodotto dalla comunicazione dell’operatore ed accogliere lo stato emotivo e le richieste del figlio, esercitando un reale e autentico diritto all’ascolto, evitando di fare promesse che poi non si è in grado di mantenere;
- garantire al figlio l’accesso alle informazioni che lo riguardano, inclusi gli interventi che si pensa possano aiutare la sua famiglia a superare le attuali difficoltà;
- **è necessario, infine, tradurre la restituzione, con un linguaggio appropriato, anche ricorrendo a strumenti esperienziali come disegni, oggetti, ecc., selezionati in base all’età e al livello di capacità del minore di età.**

Conclusioni

Orientare gli interventi socio-assistenziali nella prospettiva di valutare, per recuperare e sostenere, le funzioni di *parenting* nel rispetto dei Diritti del Fanciullo (Convenzione ONU, 1989 e del suo benessere pone i professionisti dei servizi di protezione e cura dell'infanzia e adolescenza di fronte ad alcune esigenze cruciali non più rinviabili:

- **riflettere** sulle rappresentazioni in merito a ciò che s'intende per "famiglia", alla luce dei profondi e rapidi mutamenti strutturali che l'hanno coinvolta e ai nuovi compiti di sviluppo cui è chiamata, sempre più sganciati dal primato del legame biologico e del confine anagrafico;
- **individuare** modelli di valutazione in grado di intercettare anche le risorse familiari, seppur residuali, e non solo le fragilità, adottando una prospettiva orientata a esplorare "cosa è successo" in quella specifica famiglia piuttosto il "cosa non va". Ciò costituirebbe un traguardo emancipativo per integrare due dimensioni non sempre facilmente ricomponibili: valutazione e aiuto;
- **dotare** la propria "cassetta degli attrezzi professionali" di strumenti flessibili, fondati su modelli di valutazione sperimentati e riconosciuti in ambito scientifico, confrontabili e rispettosi della complessità del fenomeno, partendo dal presupposto (e quindi dalla consapevolezza) che è l'operatore stesso la "cassetta degli attrezzi" che ha la responsabilità di aggiornare;
- **integrare** nella necessaria cornice multidisciplinare gli elementi conoscitivi rilevati nella fase di valutazione, allo scopo di acquisire una visione d'insieme e di profondità, una prospettiva storica e narrativa della situazione "soggetto", più che "oggetto", dell'intervento di valutazione, per dare senso e significato ai fallimenti nei compiti genitoriali;
- **approfondire** gli studi sui criteri di valutazione adottati, sull'appropriatezza e congruità degli interventi, sulle conseguenze a breve e a lungo termine degli allontanamenti dal contesto familiare nei casi di pregiudizio per il figlio minore di età in termini di costi (emotivi, relazionali ed economici) e benefici reali, partendo dal presupposto che i collocamenti esterni alla famiglia costituiscono sempre un evento traumatico e che pertanto dovrebbero avvenire solo in presenza di un'effettiva condizione di grave rischio evolutivo. Quest'ultima dimensione dovrebbe costituire la base di partenza per ogni successiva azione valutativa: l'elemento di realtà su cui stimolare la riflessione dei *caregiver*, attivare le risorse ambientali che possono contenere/riparare il danno, pena il rimanere imprigionati in una prospettiva adultocentrica e in un mero intervento di valutazione più che di recuperabilità genitoriale.
- **sviluppare** curiosità verso modelli di intervento flessibili, inclusivi, partecipativi, facilitanti interventi "con" la famiglia piuttosto che "sulla" famiglia. Le nostre teorie sono un po' una zona di "comfort" per noi, come una mappa. Ma la mappa non è mai il territorio, andrebbe rivista e aggiornata, alla luce degli ostacoli che si possono incontrare.

La valutazione della genitorialità e del danno sul figlio nelle situazioni di abuso e maltrattamento deve essere, come più volte ribadito, necessariamente multidimensionale così come i percorsi di aiuto e sostegno al soggetto di minore età vittima di maltrattamento devono essere organizzati in una prospettiva multidisciplinare, in quanto:

- **riguarda i bambini, i genitori**, i loro vissuti emotivi, il funzionamento psichico del figlio, le competenze genitoriali e le relazioni che si stabiliscono e che caratterizzano i rapporti e le interazioni fra adulti e bambini, l'ambiente di vita familiare, incluse le risorse prossimali e distali;
- **interprofessionale**, vedendo coinvolti nelle fasi valutative e, poi, progettuali assistenti sociali, psicologi, educatori e altri professionisti coinvolti o coinvolgibili (psichiatra, pediatra, insegnanti, ecc);
- **complessa**, poiché deve tenere unite le varie dimensioni di ogni valutazione, le diverse valutazioni, incrociarle e integrarle all'interno di un quadro complessivo che le raccolga mantenendone insieme le specificità e gli intrecci;

- **dinamica**, in quanto necessita di un tempo durante il quale la valutazione si fa anche processo, è rappresentazione del funzionamento rilevato ma è anche attenzione agli sviluppi e ai cambiamenti che, in un tempo definito, possono avvenire o non avvenire e, se si verificano, occorre individuare in quale direzione e attraverso quali modalità e a quali condizioni. Tutti questi elementi forniranno importanti indicazioni per la progettazione;
- il lavoro sul bambino/adolescente deve sempre essere progettato in parallelo con interventi di sostegno del sistema familiare - *in primis* la famiglia d'origine, o alcuni suoi componenti se protettivi o con i *caregiver* di riferimento. Se la famiglia d'origine è collusiva o causa di maltrattamento si predisporranno percorsi di valutazione sulla possibile trattabilità;
- a prescindere dalla prospettiva d'intervento (educativa, sociale, psicologica) e dall'orientamento terapeutico utilizzato, il progetto di aiuto deve essere predisposto in ragione dell'esposizione al trauma (trauma orientato), alla durata, qualità e gravità dei maltrattamenti, anche quando non si evidenziano una sintomatologia franca o indicatori di sviluppo problematici;
- il progetto va calibrato secondo una prospettiva evolutiva che tenga conto dell'età del minore e delle sue risorse nonché delle caratteristiche della famiglia;
- la pianificazione degli interventi va realizzata a partire dalle risorse realmente disponibili, in coerenza con la prospettiva ecologica cui il presente Quaderno s'ispira. Queste comprendono i diversi contesti di crescita del bambino/adolescente, prossimali e distali, con le loro reti di relazioni che influenzano, in modo diretto o indiretto, le risorse del figlio e di chi si prende cura di lui;
- i progetti di aiuto ed i trattamenti specialistici devono essere predisposti secondo modalità verificabili (strumenti *evidence based*, valutazione pre e post) e tenendo conto delle raccomandazioni nonché delle indicazioni presenti nella letteratura scientifica sull'argomento, che obbligano i professionisti al confronto e all'aggiornamento continuo. La formazione su questi temi è fondamentale e deve essere specialistica sul tema, per assicurare l'utilizzo di strumenti adeguati ed efficaci secondo le più aggiornate indicazioni. La comunità scientifica ribadisce l'importanza di garantire agli operatori supervisioni, per lo meno sul trattamento di casi complessi.

Questa tabella evidenzia, in sintesi, gli ostacoli più comuni nel processo di valutazione.

Tabella 6 - Ostacoli più comuni nel processo di valutazione

<i>Fasi</i>	<i>Ostacoli comuni</i>
Pianificare la valutazione	
Individuare i quesiti e valutarne l'appropriatezza	La fonte di riferimento non riesce a chiarire la natura delle preoccupazioni
Esaminare la documentazione storica e attuale (citarla nella relazione conclusiva)	Non sono disponibili relazioni/documentazioni
Raccogliere gli elementi storici salienti sullo stile di funzionamento familiare	Le informazioni sulla famiglia, il figlio/i e l'ambiente di vita sono vaghe
Sviluppare un programma di valutazione	Il servizio non dispone di protocolli adeguati per la valutazione delle capacità genitoriali
Formare l'équipe multidisciplinare coinvolgendo le risorse necessarie	Assenza di procedure interservizi

Svolgere attività di valutazione	
Intervista al genitore/i	Il genitore non collabora, il genitore è di razza, etnia o cultura differente dal valutatore
Somministrare test o materiali diagnostici pertinenti	Il materiale diagnostico non è disponibile o adatto allo scopo
Osservare le interazioni genitore-figlio	L'osservazione genitore-figlio non è fattibile
Intervistare fonti collaterali	Il genitore rifiuta di dare il consenso; altri professionisti che conoscono il figlio/i rifiutano di dare informazioni
Programmare colloqui con il figlio/i e somministrare materiale diagnostico	L'accesso al figlio è limitato
Integrare i risultati e redigere la relazione	
Rivedere, condividere e interpretare i dati raccolti	Lacune nel metodo di raccolta ed esame dei dati; disaccordo nell'equipe sull'esito della valutazione e/o sul progetto di intervento
Costruire una relazione che risponda ai quesiti pertinenti	Mancanza di un format condiviso della relazione conclusiva; mancata restituzione agli interessati

(Budd, 2001, adattata)

Ciò giustifica, di per sé, l'importanza di garantire dispositivi a sostegno degli operatori come l'aggiornamento, la consulenza multidisciplinare, la supervisione trasversale.

Il concetto di "mappa" evoca la metafora del "viaggio", che ci sembra utile per descrivere le tappe del processo di protezione e cura dei bambini e ragazzi vittime di maltrattamento/abuso. Il viaggio inizia dalla prima segnalazione e attraversa la valutazione complessiva dei bisogni del minore di età, passando dal riconoscimento di possibili danni significativi o di possibili rischi di danneggiamento evolutivo. Durante il viaggio, i professionisti devono esplorare, per conoscere, le variabili prossimali e distali che incidono sullo sviluppo e sul rischio evolutivo. Ciò include la comprensione delle interconnessioni tra il figlio e le sue esigenze di sviluppo, le cure che sta ricevendo in famiglia e i fattori ambientali che influiscono sul funzionamento familiare. Si tratta di una tappa che l'operatore non può compiere da solo. E' necessario adottare un Modello esaustivo, che permetta una visione "binoculare" del fenomeno osservato, sono necessari "compagni di viaggio" con i quali ampliare la "lente di ingrandimento" per evitare il rischio di assumere una visione "monoculare" incentrata su dettagli poi difficilmente ricomponibili e che impedisce di percepire la dimensione di profondità. Bisogna integrare gli ambiti di intervento, decidere se e come proteggere quel bambino/adolescente e, successivamente, come riparare il danno e sostenere chi si prende cura di lui. Il viaggio passa poi ad esplorare come valutare le famiglie con evidenti difficoltà, se il cambiamento è fattibile e con quali possibili interventi. Dopo la necessaria protezione, il viaggio prosegue, infatti, verso la comprensione, la valutazione di recuperabilità delle risorse familiari, verso la progettazione necessaria a garantire la futura sicurezza, salute e sviluppo del figlio, la cui variabile principale è costituita dalle sue relazioni significative. Siamo giunti alla tappa della cura.

Questo viaggio, che diviene sempre più articolato e a tratti complesso per i professionisti, il figlio e le sue figure di riferimento, richiede un approccio ecologico basato sull'evidenza, inter e multidisciplinare, incentrato sul figlio, sui suoi adulti di riferimento e sulle sue figure più significative.

Oltre alla necessaria preparazione professionale e ai dispositivi utili a sostenere l'appropriatezza degli interventi, non possiamo prescindere dal tema cruciale della sostenibilità degli interventi. Se è vero, infatti, che i livelli essenziali di assistenza (LEA, 2017), recentemente aggiornati, pongono particolare attenzione all'assistenza socio-sanitaria dei minori di età in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi, indicando la necessità, oltre che di un'attenta attività di prevenzione e valutazione, anche di una specifica azione di assistenza e supporto psicologico (art. 24, DPCM n. 15

del 12 gennaio 2017¹⁷), è altresì importante calare queste indicazioni all'interno delle realtà territoriali con le loro specifiche risorse sanitarie, sociali ed educative e i loro peculiari assetti organizzativi. La consapevolezza che si tratti in ogni caso di risorse limitate e non sempre integrate, non deve, però, impedire la riflessione su quali possono essere gli interventi e gli assetti più appropriati, e su come orientare l'assegnazione dei finanziamenti richiamandoci ai principi di riduzione della parzialità e incertezza delle cure citati dal legislatore (L. 24 del 8/03/2017).

Trattandosi di risorse pubbliche è certamente opportuno ragionare su interventi di durata contenuta nel tempo, intensivi e, ovviamente, verificabili. Tale valutazione può comportare, inizialmente, un maggiore investimento di risorse per garantire un'azione riparativa al bambino/adolescente: ma si tratta di un investimento che, in ultima analisi, risulta vantaggioso per la collettività, alla luce delle importanti ricadute economiche che derivano dalla cronicità connessa alle patologie di natura traumatica. Ora sappiamo che non è possibile curare senza proteggere e proteggere senza curare: cura e protezione sono, infatti, due facce della stessa medaglia.

¹⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>

Bibliografia

- Abidin R.R., *Parenting Stress Index*, Psychological Assessment Resources, Odessa, 1995.
- Allegri E., *Supervisione e lavoro sociale*, NIS, Roma, 1997.
- Allen M., *Into the Mainstream: Care leavers entering work, education and training*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2003.
- Amadei T., *E adesso che faccio? L'assistente sociale tra pratica e teoria*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Ardino V., (a cura di), *Post-Traumatic Syndromes in Childhood and Adolescence: A Handbook of Research and Practice*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey, 2011.
- Azar S.T., Cote L., *Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision-making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer?*, International Journal of Law and Psychiatry, 25, 193-217, 2002.
- Bancroft L., Silverman J., *The batterer as parent: Addressing the impact of domestic violence on family dynamics*, Thousand Oaks, CA, 2002.
- Bancroft L., Silverman J., Funk R.E., *Assessing Risk to Children from Batterers*, 2015, in: <https://www.researchgate.net/publication/253023808>
- Bastianoni P., *Come valutare gli interventi educativi e terapeutici in minori fuori famiglia*, in Regalia C., Scaratti G., (a cura di), *Conoscenza e azione nel lavoro sociale ed educativo*, Roma, Armando, 1996.
- Bastianoni P., *Interazioni in comunità. Vita quotidiana e interventi educativi*, Carrocci, Roma, 2000.
- Bell M., *Promoting children's rights through the use of relationship*, Children and Family Social Work, 7, 1, 1-11, 2002.
- Bentovim A., Cox A., Bingley Miller L., Pizzey S., *Safeguarding Children Living with Trauma and Violence. Evidence Based Assessment, Analysis and Planning Interventions*, Jessica Kingsley Publisher, Londra, 2009.
- Bertotti T., De Ambrogio U., Merlini F., *L'assistente sociale e la valutazione*, Carocci, Roma, 2010.
- Bessi B., Bianchi D., *I percorsi genitoriali educativi e riparativi fuori dalla violenza domestica*, Minori e Giustizia, 3, 2012.
- Bianchi E., Filippini E., *Le responsabilità professionali dell'assistente sociale*, Carocci Faber, Roma, 2013.
- Bianchini R., Bertotti T., *L'esperienza dello Spazio Neutro del Centro per il Bambino Maltrattato di Milano*, in Favretto A.R., Bernardini C., *I colori del neutro. I luoghi neutri nei servizi sociali: riflessioni e pratiche a confronto*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Bianchini R., *I lavori di rete nei servizi di spazio neutro*, Prospettive Sociali e Sanitarie, febbraio 2009, pp. 14-16.
- Bloom S., Farragher B., *Restoring Sanctuary. A new operating system for trauma-informed systems of care*, Oxford University Press, Oxford, 2013.
- Blueprint Project, *Start with the child, stay with the child*, National Children's Bureau, London, 2005.
- Boccafogli B., Garavini C.M., Giusberti T., Ricci Maccarini S., Olivetti Manoukian F., *Famiglie e famiglie multiproblematiche. Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità*, Dossier 251, Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, 2015 in: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss251>.
- Bislacco D., Dallanegra P. (a cura di), *Difendere i legami familiari. Storie di conflitti e interventi*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Bornstein M.H., *Handbook of Parenting*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwack, 1995.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G., *Lealtà invisibili*, Astrolabio, Roma, 1988.
- Brandon, M., Belderson, P., Warren, C., Howe, D., et Al., *Analysing Child Deaths and Serious Injury through Abuse and Neglect: What Can We Learn? A Biennial Analysis of Serious Case Reviews 2003-2005*, Department for Children, Schools and Families, London, 2008.
- Broad B., Hayes R., Rushforth C., *Kith and Kin: Kinship care for vulnerable young people*, National Children's Bureau, London, 2001.

- Bronfenbrenner U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna, 2002.
- Bronfenbrenner U., Capurso M., *Rendere umani gli esseri umani*, Erickson, Trento, 2010.
- Buccoliero E., Soavi G., (a cura di), *Proteggere i bambini dalla violenza assistita: Vol. 1. Riconoscere le vittime*, Franco Angeli, Milano, 2018.
- Budd K.S., *Assessing Parenting Competence in Child Protection Cases: A Clinical Practice Model*, Clinical Child and Family Psychology Review, Mar, 4, 1, 1-18, 2001.
- Barker D., Bryan A., Davis E., *Guide to completion of parenting assessments*, Gennaio 2014 in: http://gloucestershirechildcare.proceduresonline.com/files/app_2_intro_comp_par_assess.pdf
- Butcher J.N., Williams C.L., *Fondamenti per l'interpretazione del MMPI2 e del MMPI-A*, O.S., Firenze, 2007.
- Camerini G.B., Di Cori R., Sabatello U., Sergio G., *Manuale psicoforense dell'età evolutiva*, Giuffrè, Milano, 2018.
- Camisasca E., *Traumi irrisolti, comportamento genitoriale atipico e attaccamento disorganizzato: una rassegna della letteratura*, Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, 10, 2, 77-99, 2002. doi:10.1400/113413
- Camisasca E., Miragoli S., Di Blasio P., *La disorganizzazione dell'attaccamento spiega i sintomi post-traumatici nei bambini vittime di violenza intrafamiliare?* Maltrattamento e abusi all'infanzia, 2, 2014.
- Canali C., Vecchiato T., *La valutazione di esito e le sue potenzialità*, Studi Zancan, Politiche e servizi alle persone, 5, 25-42, settembre 2010.
- Cancrini L., *La cura delle infanzie infelici*, Raffaello Cortina, Milano, 2012.
- Canevini M.D., *Etica e deontologia del servizio sociale*, Carocci, Roma, 2017.
- Carini A., Pedrocco Biancardi M., Soavi G., (a cura di), *L'abuso sessuale intrafamiliare*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Carracedo S., Farina F., Seijo D., *Children exposed to intimate partner violence: impact assessment and guidelines for intervention*, Rivista de Psicologia Clinica con Ninos y Adolescentes, 5, 3, 6-22, 2018.
- Carretti V., Capraro G., Mangiapane E., *La correlazione fra dissociazione e alessitimia: il ruolo del trauma e il deficit della funzione riflessiva*, in Carretti V., La Barbera D., (a cura di), *Alessitimia*, Astrolabio, Roma, 2005.
- Chase E., Warwick I., Knight A., Aggleton P., *Supporting young parents: Pregnancy and Parenthood among young people leaving care*, Jessica Kingsley Publishers, London, 2008.
- Cheli M., Mantovani F., Mori T., *La valutazione sociale delle cure parentali. Manuale per l'operatore*, Franco Angeli, Milano, 2015.
- Cheli M., Ricciutello C., Valdiserra M. (a cura di), *Maltrattamento all'Infanzia. Un modello integrato di intervento per i Servizi Sociali e Sanitari*, Maggioli, Rimini, 2012.
- Cheli M., Gambuzza C. (a cura di), *Il disturbo post traumatico complesso: dalla teoria alla pratica multidisciplinare*, Franco Angeli, Milano, 2017.
- Choate, P. (2013). Parenting Capacity Assessment: The Good, the Bad and the Ugly. Presentation to National Judicial Program.
- Chu A., DePrince A.P., Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma, and child dissociation, Journal of Trauma and Dissociation, 7, 4, pp. 75-89, 2006. PubMed.
- Chu J.A., *Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors*, Dissociation, Vol. 1, 4, 24-32, December 1988.
- Ciammarughi, F., Marasco G., Alunni Breccolenti S., *Curare i legami: un servizio specialistico per il diritto di visita e il recupero della genitorialità*, in Cheli M., Gambuzza C., *Il disturbo post traumatico complesso: dalla teoria alla pratica multidisciplinare*, Milano, Franco Angeli, 2017.
- Ciliberti R., Alfano L., Rocca G., Bandini T., *La valutazione delle funzioni genitoriali nel paziente psichiatrico e il supporto dell'amministrazione di sostegno: tra conoscenza e affettività*, Rassegna Italiana di Criminologia, pp. 29 - 35, VI, 2012.
- Cimino S., *La trasmissione intergenerazionale del maltrattamento: un quadro teorico*, Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, 4, 3, 35-53, 2002.
- CISMAI, Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita nei casi di maltrattamento sulle madri, 2017, in: <https://cismai.it/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita/>

- Cirillo S., Cattivi genitori, Raffaello Cortina, Milano, 2005.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino AM., *La terapia familiare nei servizi psichiatrici*, Raffaello Cortina, Milano, 2002.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M., *Entrare in terapia*, Raffaello Cortina, Milano, 2016.
- Cirillo S., Di Blasio P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- CISMAI (2005), *Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, in <https://cismai.it/>.
- Cleaver H., Unell I., Aldgate J., *Children's Needs-Parenting Capacity: The Impact of Parental Mental Illness, Problem Alcohol and Drug Use, and Domestic Violence on Children's Behaviour*, The Stationery Office, London, 1999.
- Corradini F., *L'assessment nel servizio sociale*, Erickson, Trento, 2018.
- Courtney M.E., Dworsky A., *Early outcomes for young adults transitioning from out-of-home care in the U.S.A*, Child and Family Social Work, 11, 209-219, 2006.
- Courtois C., Ford J., (a cura di), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Guilford Press, New York, 2009.
- Cozolino L., *The Neuroscience of Psychotherapy. Healing the social brain*, Second Ed., Norton and Company, London, 2010.
- Dallanegra P., Marranca R., *Mio figlio come un'arma*, Maltrattamento e Abuso all'Infanzia, 1, 2001.
- D'Ambrosio S., Sarti S., *Sviluppo traumatico e rischi evolutivi: l'addiction in adolescenza*, in Cheli M., Gambuzza C. (a cura di), *Il Disturbo Post Traumatico Complesso: dalla Teoria alla Pratica multidisciplinare*, Franco Angeli, Milano, 2017.
- De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F., *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*, Carrocci Faber, Roma, 2007.
- Gegiorgis L., Garavini C.M., *Interventi psico-educativi per valutare e sostenere le capacità genitoriali*, in Cheli M., Mantovani F., Mori T., (a cura di), *La valutazione sociale delle cure parentali. Manuale per l'operatore*, Franco Angeli, Milano, 2015.
- Di Blasio P., (a cura di), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze genitoriali*, Edizioni Unicopli, Milano, 2005.
- Cirillo S., Di Blasio P., *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- Dobel-Ober D., *The views of looked after young people about health and health care*, National Children's Bureau, London, 2005.
- Donald T., Jureidini, J., Parenting Capacity. Child Abuse Review, 13, 5-17, 2004.
- Dube S.R., Anda R.F., Felitti V.J., Edwards V.J., Williamson D.F., *Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services*, Violence and Victims, Feb, 17, 3-17, 2002.
- Duncan B.L., Miller S.D., Bruce E., Wampold B.E., Mark A., Hubble M.A., *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*, Second Edition, American Psychological Association Press, Washington DC, 2010.
- Edleson J.E., *Children's Witnessing of Adult Domestic Violence*, Journal of Interpersonal violence, 14, 8, 839-870, 1999.
- Edwards V.J., Anda R.F., Felitti V.J., Dube S.R., *Adverse childhood experiences*, CDC-ACE Study Publications, in: www.cdc.gov/ace/outcomes.htm.
- Fadiga L., *Ricerca sugli sportelli d'ascolto nelle province di Forlì-Cesena e Parma*, Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna, Garante per l'infanzia e l'adolescenza, 2014, in: <https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/pubblicazioni/pubblicazioni-e-relazioni-annuali>.
- Fava Vizziello G., *Psicopatologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- Favretto A.R., Bernardini C., *I colori del neutro. I luoghi neutri nei servizi sociali: riflessioni e pratiche a confronto*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Finkelhor S., Turner H., Shattuck A., Hamby S., Kracke K., *Children's exposure to violence, crime, and abuse: An update*, Juvenile Justice Bulletin, September 2015, in <https://www.ojjdp.gov/pubs/248547.pdf>.
- Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., *Il triangolo primario*, Raffaello Cortina, Milano, 2000.

- Francini G., *Il dolore del divorzio*, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Franklin A., Sloper P., *Participation of Disabled Children and Young People Under Quality Protects*, Research Report, University of York, 2005.
- Fruggeri L., *Le famiglie chiedono aiuto. Rappresentazioni e modelli d'intervento nei servizi territoriali*, in Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (a cura di), *Genitorialità complesse*, Unicopli, Milano, 2011.
- Fruggeri L. (a cura di), *Famiglie d'oggi*, Carocci, Roma, 2018.
- Galli D., (a cura di), *Servizi Sociali e giustizia minorile - Il quotidiano dell'assistente sociale: tra ascolto e documentazione*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- George C., Kaplan N., Main M., *Adult Attachment Interview*, Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, 1985, in: http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aai_interview.pdf.
- Gray M., Gibbons J., *Social Work Education*, Taylor & Francis, Abingdon, 2002.
- Guarino A., Di Blasio P., D'alessio M., Camisasca E., Serantoni G., *Parenting Stress Index SF*, Organizzazioni speciali, Firenze, 2008.
- Haley J., *Terapie non comuni*, Astrolabio, Roma, 1976.
- Hart D., *Tell them not to forget us: A guide to practice with looked after children in custody*, National Children's Bureau, 2006, London.
- Hawkins P., Shoet R., *Supervision in helping professions*, Open University Press, Mc Graw Hill, London, 2006.
- Herman J.L., *Guarire dal trauma*, Magi, Roma, 2005.
- Hill M., *What's the problem? Who can help? The perspectives of children and young people on their well-being and on helping professionals*, Journal of Social Work Practice, 13, 2, 135-145, 1999.
- Hulette A.C., Freyd J., Kaehler L., *Intergenerational Associations Between Trauma and Dissociation*, Journal of Family Violence 26, 3, 217-225, April 2011.
- Kandel E.R., Schwartz J.H., Jessel T. (a cura di), *Principi di neuroscienze*, CEA, Milano, 2003.
- Lyons-Ruth K., Dutra L., Schuder M.R., Bianchi I., *Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta*, in Williams R. (a cura di), *Trauma e relazioni*, Raffaello Cortina, Milano, 2009.
- Lonne B., Parton N., Thomson J, Harries M., *Reforming Child Protection*, London, Routledge, 2009.
- Luberti R., Grappolini C., *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*, Erickson, Trento, 2017.
- Mainey A., Ellis A., Lewis J., *Children's views of services: a rapid review*, National Children's Bureau, London, 2009.
- Malagoli Togliatti M., Mazzoni S., *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lausanne Trialogue Play Clinico*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Mazzucchelli F. (a cura di), *Il sostegno alla genitorialità. Professionalità diverse in particolari situazioni familiari*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger S., *Genograms: Assessment and Intervention*, Norton, New York, 1999.
- Milani P., Serbati S., Ius M. (a cura di), *Sostenere la genitorialità. Strumenti per rinforzare le competenze educative*, Erickson, Trento, 2010.
- Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Terza edizione, Erickson, Trento, 2014.
- Minuchin S., *Famiglia e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1981.
- Montecchi F., *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, Franco Angeli, Milano, 2016.
- Morgan R., *Children's messages on care: A report by the Children's Rights Director for England*, OFSTED, London, 2007b.
- Morris J., *Children on the edge of care: Human Rights and the Children Act*, Joseph Rowntree Foundation, York, 2005.

- Munro E., *Improving practice: child welfare as a systems problem*. *Children and Youth Services Review*, 27:375-391, 2005.
- Munro E., *The Munro Review of Child Protection: Final Report. A child-centred system*, Department for Education, U.K., May 2011 in: <https://www.gov.uk/government/publications/munro-review-of-child-protection-final-report-a-child-centred-system>
- Nazioni Unite, Convenzione sui Diritti del Fanciullo, 31 ottobre 2011, in: <http://gruppocrc.net/>
- OFSTED, *Children's Care Monitor 2009*, OFSTED, 2009a, London.
- OFSTED, *Children's Messages to the Minister*, OFSTED, 2009b, London.
- OFSTED, *Future Rules: Children's advice on the Regulations to be made under the Children and Young Persons Act 2000*, OFSTED, 2009c, London.
- Oliver C., (2006) *Advocacy for children and young people: a review*, Institute of Education, University of London, 2006.
- Oliver C. M., (2008) *The impact of advocacy*, in Oliver C. M., Dalrymple J. (Eds) *Developing advocacy for children and young people*, Jessica Kingsley Publishers, London, pp184-203, 2008.
- Oliver C., Knight A., Candappa, M., *Advocacy for children and young people: achievements and challenges (summary report)*, Institute of Education, University of London, 2006, in: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-education>
- Olson D.H., *Il modello circonflesso dei sistemi coniugale e familiare*, in Walsh F. (a cura di), *Ciclo vitale e dinamiche familiari*, Franco Angeli, Milano, 1995.
- Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna, *Buone pratiche per la valutazione della genitorialità: raccomandazioni per gli psicologi*, Pendagrone, Bologna, 2009.
- Parton N., *Reflections on 'governing the family: the close relationship between child protection and social work in advanced Western societies - the example of England*, *Families, Relationships and Societies*, 1, 87-101, 2012.
- Pazè P., *L'ascolto del bambino*, in Rassegna Bibliografica Infanzia e Adolescenza, Anno 12, numero 2 aprile, Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza, Firenze, giugno 2012.
- Pawson R., Tilley N., *Realistic Evaluation*, Sage, London 1997.
- Pearlman L.A., Caringi J., *Living and working self-reflectively to address vicarious trauma*, in Courtois C.A., Ford J.D. (a cura di), *Treating Complex Traumatic Stress Disorder. An Evidence-Based Guide*, Guilford Press, New York, 2009.
- Pedrocco Biancardi M.T., Soavi G., *Stili di vita familiare violenti e loro riflessi sui figli*, *Maltrattamento e abuso all'Infanzia*, 3, 2009.
- Pedrocco M.T., Talevi A. (a cura di), *La voce dei bambini nel percorso di tutela. Aspetti psicologici, sociali e giuridici*, Milano, Franco Angeli, 2011.
- Perry B., Pollard R., e Al., *Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits"*, *The Infant Mental Health Journal*, 16, 4, 271-291, 1995.
- Porges S.W., *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'auto-regolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2016.
- Prizzon C., *Assessment e qualità dell'azione professionale dell'assistente sociale*, in Campanini A. (a cura di), *La Valutazione nel servizio sociale*, Carrocci, Roma 2006.
- Prochaska J.O., Diclemente C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*, *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, n. 19, pp.276-288.
- Reder P., Lucey C., *Cure genitoriali e rischio di abuso. Guida per la valutazione*, Erickson, Trento, 2013.
- Regione Emilia-Romagna, *Primo Rapporto anno 2018 dell'Osservatorio Regionale Contro la Violenza di Genere*, Assessorato al Bilancio Riordino istituzionale, Risorse umane e Pari opportunità in E-R Pari Opportunità: <http://parita.regione.emilia-romagna.it/osservatorio-regionale-violenza-genere>
- Regione Emilia-Romagna, *Linee di Indirizzo per l'accoglienza e la cura dei bambini e adolescenti vittime di abuso/maltrattamento*, Centro Stampa della Regione Emilia-Romagna, Luglio 2013, in E-R Salute: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/rapporti>

Regione Emilia-Romagna, *Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti. Raccomandazioni regionali*, Allegato alla Circolare n. 1 del 07/02/2017, febbraio 2017, in E-R Salute: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/salute-mentale/percorsi-di-cura/percorsi-di-cura-di-salute-mentale-per-gli-adolescenti-e-i-giovani-adulti>

Ricciutello C., Montenegro M.E., *Le conseguenze del trauma interpersonale in età evolutiva*, in Cheli M., Gambuzza C., (a cura di) *Il Disturbo Post Traumatico Complesso: dalla Teoria alla Pratica multidisciplinare*, Franco Angeli, Milano, 2017.

Ricciutello C., Cheli M., Montenegro M.E. e Al., *Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo*, Rivista di Psichiatria, 47, 2012.

Ricciutello C., *Il maltrattamento come "trauma complesso" dello sviluppo: una nuova prospettiva diagnostica e terapeutica*, in Cheli M., Ricciutello C., Valdiserra M., (a cura di) *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari*, Maggioli, Rimini, 2012.

Ricciutello C., *Le conseguenze delle esperienze traumatiche sullo sviluppo del bambino*, in Cheli M., Mantovani F., Mori T., *Manuale per la valutazione sociale delle cure parentali*, Milano, Franco Angeli, 2015.

Serbati S., Milani P., *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*, Carocci, Roma, 2013.

Siegel D., *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2014.

Simonelli A., Bighin M., De Palo F. (a cura di), *Il Lausanne Trilogue Play* Raffaello Cortina, Milano, 2012.

Sinclair I., Wilson K., Gibbs I., 'A life more ordinary', *what children want from Foster placements, Adoption and Fostering*, 25, 4, 17-26, 2001.

SINPIA, Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, *Linee guida in tema di abuso sui minori*, Erickson, Trento, 2008.

Smith Benjamin L., *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*, LAS, Roma, 1999.

Solomon J., George C., (a cura di), *L'attaccamento disorganizzato. Gli effetti dei traumi e delle separazioni*, Il Mulino, Bologna, 2007.

Stein M., *Quality Matters in Children's Services: Messages from Research*, London, Jessica Kingsley Publishers, 2009.

Straus M.A, Gelles R.J, Smith C., *Physical violence in American families : risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*, New Brunswick [N.J.], 1990.

Thomas, N. (2002) *Children, family and the state: Decision-making and child participation*, Bristol, Policy Press.

Timms, J. E., Thoburn, J. (2003), *Your Shout! A survey of the views of 706 children and young people in public care*, London, NSPCC.

Tyrer P., Chase E., Warwick I., Aggleton P., 'Dealing with it': *Experiences of young fathers in and leaving care*, British Journal of Social Work, 35, 1107-1121, 2005.

van der Kolk, B.A., *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano, 2015.

Verardo A.R., *Attaccamento traumatico. Il ritorno alla sicurezza*, Giovanni Fioriti, Roma, 2016.

Virgilio M., *Codice per l'assistente sociale. Legislazione e casistica*, Carrocci Faber, Roma, 2016.

Visentin G., *Definizione e funzioni della genitorialità*, 2006, in <http://www.genitorialita.it/documenti/le-funzioni-della-genitorialita/>

Von Bertalanffy L., *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*, ILI, 1968.

Walsh F., *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971.

White A., *Assessment of parenting capacity. Literature review*, Centre for Parenting & Research NSW, Department of Community Services, December 2005.

Allegato A

Fattori di rischio e fattori di protezione

Fattori di rischio/Vulnerabilità	Fattori di protezione/Resilienza familiari
<p>Familiari</p> <p>Povertà cronica Basso livello d'istruzione Giovane età della madre Carenza relazioni interpersonali Carenza reti integrazione sociale Famiglia monoparentale Violenza/abusi subiti nell'infanzia Sfiducia verso le norme sociali e le istituzioni Violenza e punizioni come pratiche educative Accettazione pornografia infantile Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del figlio Psicopatologia genitore/Abuso di sostanze Devianza sociale dei genitori Debole/assente capacità di assunzione responsabilità genitoriale Sindrome da risarcimento Distorsione emozioni e capacità empatiche Discontrollo degli impulsi/ Scarsa tolleranza alle frustrazioni Ansia da separazione Gravidanze e maternità non desiderate Relazioni difficili con la propria famiglia di origine e/o con quella del partner Conflitti di coppia/ Violenza domestica Interruzione legami familiari (abbandono, lutto, separazione fratria, impedimento alla relazione, per esempio separazioni conflittuali) Esperienze di istituzionalizzazione nell'infanzia del genitore</p>	<p>Familiari</p> <p>Sentimenti d'inadeguatezza per la dipendenza dai servizi Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia Capacità empatiche Capacità di assunzione di responsabilità Desiderio di migliorarsi Autonomia personale Buon livello di autostima Relazione attuale soddisfacente almeno con un componente della famiglia di origine Rete di supporto amicale/parentale Strategie di coping flessibili Stabilità emotiva Aspettative adeguate</p>
Fattori di rischio/Vulnerabilità	Fattori di protezione/Resilienza familiari
<p>Caratteristiche del figlio</p> <p>Malattie fisiche o disturbi alla nascita Prematurità e basso peso alla nascita/ Complicazioni peri-natali Ritardo nello sviluppo senso-motorio/ Malattia cronica Temperamento irritabile Iperattività, disturbi del comportamento Precedenti esperienze di affido extrafamiliare Separazione dalla fratria</p>	<p>Caratteristiche del figlio</p> <p>Buona competenza sociale Buona autostima e fiducia in se stessi Capacità di ricorrere all'appoggio positivo degli altri, dentro e fuori la famiglia Atteggiamento positivo e fiducioso Temperamento facile Buona gestione dell'autonomia personale</p>
<p>Ambientali</p> <p>Violenza e insicurezza Scarsa presenza di risorse Quartieri sovraffollati Pregiudizi, intolleranza e atteggiamenti di rifiuto</p>	<p>Ambientali</p> <p>Quartieri sicuri con alloggi adeguati Relazioni di coesione tra vicini Organizzazione della comunità centrata su valori positivi Attività di inclusione nella vita della comunità Politiche sociali che supportano l'accesso alle risorse di sostegno per le famiglie</p>

(Di Blasio e Coll., 2005; tratto da Cheli, Mantovani e Mori, 2015)

Allegato B

Le funzioni genitoriali

L'esplorazione delle aree indicate permette di raccogliere numerosi dati che confluiscono nella valutazione di recuperabilità delle competenze genitoriali, declinate da diversi gruppi di professionisti in differenti livelli, costrutti o funzioni. Di seguito vengono citati alcuni dei più diffusi nella pratica professionale:

Bornstein (1995) declina le competenze nel *parenting* su quattro livelli:

- *nurturant caregiving*: capacità del genitore di soddisfare le esigenze primarie (cibo, protezione fisica, igiene, ecc.);
- *material caregiving*: modalità con cui i genitori preparano, organizzano e strutturano il mondo fisico del figlio;
- *social caregiving*: tutti i comportamenti che i genitori attuano per coinvolgere emotivamente il figlio in scambi interpersonali;
- *didactic caregiving*: le strategie che i genitori utilizzano per stimolare il figlio a comprendere il proprio ambiente.

Il gruppo di lavoro che ha redatto il volume “Buone pratiche per la valutazione della genitorialità” a cura dell’Ordine degli Psicologi della Regione Emilia-Romagna (Ordine degli Psicologi dell’Emilia-Romagna, 2009) ha concordato un elenco di costrutti da valutare, che si integrano per comporre un sistema genitoriale complessivo:

- *adattabilità*: capacità di adattarsi alle diverse esigenze dei figli, con percettività, responsività e flessibilità;
- *empatia*: capacità di comprendere affettivamente in modo coerente e continuativo;
- *riflessività*: capacità di interpretare e rappresentarsi gli stati mentali propri e altrui, fondamentale per la regolazione degli affetti e degli impulsi;
- *regolazione, organizzazione, partecipazione, vitalità*: capacità di regolare gli stati emotivi e organizzare l'esperienza;
- *qualità della relazione*: riguarda l'osservazione con ottica sistemica di eventuali distorsioni della struttura, dei confini e delle funzioni dei differenti membri della famiglia;
- *cogenitorialità*: capacità di coordinazione tra gli adulti nei loro ruoli genitoriali;
- *intersoggettività*: capacità di comunicare e di comprendere intenzioni, motivazioni e significati dell'altro.

Pur se soggetta a costanti revisioni, una delle più complete descrizioni delle diverse funzioni della genitorialità è quella proposta da Visentini (Visentini, 2006):

- *funzione protettiva*: consiste nell'offrire risposte adeguate ai bisogni di accudimento, di protezione fisica e di sicurezza,
- *funzione affettiva*: relativa alla capacità di sintonizzazione affettiva con il bambino, di condividere emozioni positive;
- *funzione regolativa*: riguarda la capacità di aiutare il figlio a regolare i propri stati emotivi e a organizzare l'esperienza e le risposte comportamentali adeguate;
- *funzione normativa*: consiste nella capacità di dare limiti e una struttura di riferimento; riflette l'atteggiamento genitoriale di fronte alle norme, alle istituzioni, alle regole sociali e sottende la capacità di adeguare le aspettative ai compiti evolutivi specifici della fase di sviluppo;
- *funzione predittiva*: capacità di prevedere le tappe di sviluppo successive e, in particolare, la capacità di modificare le modalità relazionali con la crescita del figlio e con l'ampliarsi delle sue competenze;
- *funzione rappresentativa*: relativa alla capacità di modificare continuamente le proprie rappresentazioni in base alla crescita del bambino e all'evolvere delle sue interazioni;

- *funzione significativa*: esprime la capacità di significare le esperienze e il sentire del figlio, i suoi gesti, i suoi movimenti, le sue espressioni, per inserirlo in un mondo di senso;
- *funzione fantasmatica*: capacità di inserire il figlio reale nel proprio romanzo familiare;
- *funzione proiettiva*: capacità di identificazione con i figli, tollerandone la separazione, l'indipendenza e l'autonomia;
- *funzione triadica*: capacità dei genitori di avere tra loro un'alleanza cooperativa fatta di sostegno reciproco, di lasciare spazio all'altro o di entrare in una relazione empatica con il partner e con il figlio; presuppone la capacità del genitore di percepire il bambino dentro una relazione che prevede la presenza del "terzo";
- *funzione transgenerazionale*: si riferisce alla capacità dei genitori di promuovere e garantire coerenza e continuità al senso di appartenenza alla storia familiare del figlio; rimanda al rapporto fra le generazioni e alla possibilità di collocare il figlio nell'intreccio fra le due storie familiari del padre e della madre.

Allegato C

Progettazione e Aree dell'Assessment Framework

È necessaria un'un'attenta considerazione, oltre che degli aspetti relazionali:

- di cosa è già noto sulla famiglia;
- come strutturare i colloqui in modo tale da creare un focus specifico su particolari questioni;
- quali ulteriori informazioni sono necessarie;
- chi coinvolgere del contesto familiare allargato;
- quali professionisti coinvolgere nel processo di valutazione e come definire i ruoli (che fa che cosa e perché);
- quale metodologia e strumenti possono essere utilizzati per ottenere le informazioni richieste per la valutazione;
- in che modo ciò sosterrà il processo di consapevolezza dei genitori, compresa la loro capacità riflessiva e disponibilità al cambiamento;
- come sarà valutata la capacità di cambiamento;
- come e da chi sarà trasmesso l'esito ai genitori e al figlio (se del caso).

Glossario:

'Dominio' = I 3 lati principali del triangolo

'Dimensione' = Le 6 o 7 suddivisioni dei 3 domini.

Assessment Framework



(White A., 2005; Serbati S., Milani P., 2013)

Arete dell'Assessment Framework (White A., 2005; Bentovim e Al., 2009)¹⁸

Tabella 1 - **Salute**

<i>Livello di funzionamento Risorse</i>	<i>Area del bisogno</i>	<i>Livello di funzionamento Difficoltà</i>
Salute del feto in gravidanza	Salute fisica	Minacce procurate dallo stile di vita del genitore in gravidanza e mancanza di controlli regolari
Buona salute generale del figlio nel periodo perinatale, nei primi anni di vita e nell'infanzia		Cattive condizioni igieniche
Assenza di malattie che richiedono ricoveri frequenti e prolungati		Presenza di malattie croniche che richiedono frequenti e prolungati ricoveri
Assenza di malattie genetiche		Presenza di malattie genetiche
Sana alimentazione. Il bambino è stimolato ad apprendere la capacità di cibarsi autonomamente		Dieta inadeguata. Il bambino non è stimolato ad apprendere la capacità di cibarsi in modo autonomo
Il bambino appare fisicamente energico, in buona salute, curioso, attivo		Il bambino appare fisicamente "spento", privo di energia, apatico
Sviluppo fisico nella norma	Crescita e Sviluppo	Problemi di crescita
Assenza di problemi persistenti nello sviluppo		Presenza di problemi rilevanti inerenti lo sviluppo, ad es. difficoltà di apprendimento, autismo o ritardo nello sviluppo del linguaggio
Assenza di lesioni non accidentali	Lesioni o malattie presumibilmente prodotte da abuso fisico e/o sessuale	Evidenza di lesioni non accidentali
Assenza di lesioni o infezioni genitali ricorrenti		Presenza di lesioni genitali e/o infezioni ricorrenti
		Altre evidenze che il minore è vittima di abuso sessuale
		Frequenti segnalazioni di malattie o lesioni fittizie nel figlio da parte di un genitore

Tabella 2 - **Istruzione**

<i>Livello di funzionamento Risorse</i>	<i>Area del bisogno</i>	<i>Livello di funzionamento Difficoltà</i>
Presenza di un livello soddisfacente di abilità cognitive e linguistiche	Sviluppo abilità cognitive e del linguaggio	Ritardi significativi nel funzionamento cognitivo e/o nelle competenze linguistiche
Soddisfacente investimento nei contesti educativi; interesse verso l'apprendimento	Attitudine all'apprendimento, investimento e adattamento al contesto educativo	Il bambino non è pronto a partecipare o non può adattarsi al contesto educativo
Apertura verso le figure educative e l'insegnamento		Mancanza di interesse per l'apprendimento e rifiuto dell'insegnamento
Acquisizione soddisfacente di competenze educative e livello appropriato di abilità	Progressi nell'educazione	Incapacità di acquisire abilità e/o competenze educative
Assenza di bisogni educativi speciali	Bisogni educativi speciali	Evidenza di bisogni educativi speciali
Presenza di bisogni educativi speciali, ma evidenza di progressi, tenendo conto della natura delle peculiari difficoltà presenti		Mancato raggiungimento del livello atteso in base all'intelligenza e difficoltà educative specifiche, ad es. ritardo nell'apprendimento

¹⁸ Traduzione e adattamento a cura di Mariagnese Cheli e Paolo Capurso.

Tabella 3 - Sviluppo emotivo

<i>Livello di funzionamento Risorse</i>	<i>Area del bisogno</i>	<i>Livello di funzionamento Difficoltà</i>
Stati affettivi e livelli di arousal (eccitazione) ben regolati, reazioni appropriate in base all'età e alla fase dello sviluppo	Regolazione degli stati emotivi in base all'età e alla fase di sviluppo	Stati persistenti o ricorrenti di arousal, frustrazione, distress (angoscia) e/o stati affettivi disorganizzati/disregolati
Stile di attaccamento sicuro verso i caregiver o altri adulti significativi	Stile precoce di attaccamento	Stile di attaccamento marcatamente insicuro verso i caregiver o altri adulti significativi
Capacità di concentrazione, assenza di iperattività	Concentrazione e livello di attività	Difficoltà di attenzione e di concentrazione, comportamento iperattivo/ipoattivo (ritirato)
Stile espressivo appropriato delle emozioni e umore positivo	Espressione di sentimenti e caratteristiche dell'umore	Stile espressivo delle emozioni carente o inappropriato, persistente umore negativo
Assenza di sintomi depressivi o angoscia/ansia		Umore depresso, ansia pervasiva
Assenza di sofferenza di natura traumatica	Reazioni allo stress e a eventi traumatici	Presenza di sintomi post traumatici
Regolazione emotiva e comportamentale positiva e reazioni ragionevoli a eventi stressanti		Risposte esagerate o assenti a eventi stressanti, difficoltà nell'umore, comportamento oppositivo, aggressivo, auto-lesivo, orientato al rischio
Collaborativo e pro-sociale; comportamento rischioso assente o scarsamente pericoloso	Comportamento sociale	Comportamento non collaborativo persistente o severo
Comportamento aggressivo moderato		Comportamento aggressivo e antisociale
Presenza della capacità di sintonia e comprensione dell'altro		Assenza di sintonia e comprensione dell'altro

Tabella 4 - Sviluppo dell'identità

<i>Livello di funzionamento Risorse</i>	<i>Area del bisogno</i>	<i>Livello di funzionamento Difficoltà</i>
Il bambino ha un senso sicuro di sé come individuo appartenente a una famiglia	Senso del sé e senso di appartenenza alla famiglia	Il bambino non ha un senso di sé sicuro come appartenente a una famiglia
Il bambino è in grado di fare delle scelte, affermare i propri punti di vista e le proprie esigenze, e agisce come individuo a un livello adatto alla fase dello sviluppo	Scelta individuale e azione	Il bambino non è in grado di fare scelte, affermare opinioni o esigenze personali; Senso "onnipotente" di sé; eccessiva assertività
Senso positivo di sé; fiducioso dell'appartenenza sociale e culturale pur preservando il senso di individualità	Senso del sé e degli Altri nei contesti sociali e culturali	Senso negativo di sé svalutante e indegno; incerto o insoddisfatto dell'appartenenza sociale e culturale; nessun senso di appartenenza o di identità acquisita; nessuna azione indipendente
Soddisfacente senso di sé rispetto al genere e/o all'identità sessuale	Genere e/o identità sessuale	Insoddisfazione/incertezza rispetto al genere e/o all'identità sessuale

Tabella 5 – Relazioni famigliari e sociali

<i>Livello di funzionamento Risorse</i>	<i>Area del bisogno</i>	<i>Livello di funzionamento Difficoltà</i>
Bambino in grado di partecipare con responsabilità emotiva nelle relazioni dentro e fuori la famiglia	Sviluppo delle relazioni con la famiglia e gli altri	Il bambino ha relazioni interrotte e instabili, segnate da ostilità, assenza di calore dentro e fuori la famiglia
Bambino in grado di relazionarsi, essere sensibile e mostrare affetto ed empatia per gli altri		Bambino ritirato, ostile o incapace di essere sensibile ed empatico nei confronti degli altri e in famiglia
Il bambino può fare affidamento su figure di attaccamento coerenti e sicure	Sviluppo degli attaccamenti	Il bambino presenta attaccamenti insicuri, disorganizzati o indifferenziati
Rapporti di collaborazione con i genitori, richieste ragionevoli fatte dal bambino; bambino protettivo verso sé e protetto da fratelli e coetanei, più e meno giovani	Relazioni con i parenti, i fratelli e i pari	Relazioni evitanti, eccessivamente dipendenti dai genitori, richieste irragionevoli fatte dal bambino; bambino aggressivo e/o eccessivamente geloso con fratelli, abusante verso o abusato da pari o fratelli
Relazioni positive con gli insegnanti e i pari	Relazione nella scuola	Relazioni negative con gli insegnanti e i pari
Bambino connesso, responsivo, indipendente, attitudini pro-sociali e relazionali, rispettoso delle differenze	Atteggiamenti verso la famiglia, i contesti sociali e culturali	Bambino isolato, dominante, atteggiamenti e rapporti controllanti, dipendenti, antisociali, prevenuti

Tabella 6 – Cure di base

<i>Punti di forza</i>	<i>Capacità genitoriali</i>	<i>Difficoltà</i>
I genitori collaborano per fornire cure di base adeguate, ragionevolmente organizzate	Capacità dei genitori di fornire cure di base efficaci	I genitori non riescono a fornire cure di base adeguate, non sono collaboranti come coppia genitoriale
I genitori sono ragionevolmente adattabili ai bisogni mutevoli del bambino; cure di base idonee per l'età	Adattabilità alle mutevoli esigenze e coerenza delle cure di base nel tempo	I genitori non riescono ad adattarsi ai bisogni evolutivi del figlio; cure di base non idonee per l'età
Genitori in grado di coinvolgere in modo appropriato la famiglia allargata e i servizi/risorse della comunità per fornire le cure di base	Capacità dei genitori di coinvolgere la famiglia allargata e le risorse della comunità per fornire le cure di base	I genitori sono incapaci di coinvolgere la famiglia allargata o le risorse della comunità per consentire loro di fornire le cure di base

Tabella 7 - **Sicurezza**

<i>Punti di forza</i>	<i>Capacità genitoriali</i>	<i>Difficoltà</i>
I genitori forniscono positive risposte di caregiving alla richiesta di ricevere cure del figlio, prova di un attaccamento sicuro	Stabilire attaccamenti sicuri	Caregiving non responsivo da parte dei genitori o rifiuto verso le richieste del figlio, presenza di attaccamenti insicuri o disorganizzati
I genitori hanno ragionevoli aspettative verso i bisogni di protezione e di sicurezza del figlio; si affidano a risorse affidabili	Aspettative dei genitori verso il figlio e gestione dei problemi relativi alla protezione	I genitori non hanno appropriate aspettative in relazione ai bisogni di protezione e sicurezza del bambino; caregiving frammentato e inadeguata gestione dei problemi di protezione
I genitori assicurano cure adeguate e sicurezza in casa e nell'ambiente di vita del figlio	Assicurare un ambiente domestico e sociale sicuro (relativamente ai rischi e allo stadio di sviluppo)	I genitori non riescono a proteggere da rischi il figlio, sia in casa che nell'ambiente di vita
I genitori proteggono il figlio da persone pericolose	Protezione da persone che rappresentano un rischio per il figlio	I genitori non riescono a proteggere il figlio da persone pericolose nell'ambiente domestico o altrove

Tabella 8 - **Calore emotivo**

<i>Punti di forza</i>	<i>Capacità genitoriali</i>	<i>Difficoltà</i>
I genitori esprimono i propri sentimenti chiaramente e con coerenza, calore, tolleranza, recettività, sintonizzazione, empatia e comprensione verso il figlio e forniscono risposte adeguate ai suoi stati emotivi	Coerenza genitoriale, reattività, empatia e comprensione verso gli stati emotivi del figlio	Genitori travolgenti e ritirati/congelati nell'espressione dei sentimenti; genitori non ricettivi, freddi, critici o punitivi nei confronti del figlio; mancanza di empatia, sintonia e/o comprensione; incoerenza dei genitori nelle risposte agli stati emotivi del figlio
Clima emotivo positivo, atmosfera calma e calda	Clima emotivo verso il figlio	Clima emotivo negativo/caotico: aggressivo, rifiutante, svalutante, minaccioso per il figlio
Genitori attenti a favorire il processo di individuazione e separazione del figlio, in base all'età e alla fase dello sviluppo; sono presenti, attenti e rispettosi	Grado di supporto del genitore, impegno e partecipazione, equilibrio tra dipendenza e indipendenza	Genitori che ostacolano il processo di separazione/individuazione del figlio: non supportivi, intrusivi o disimpegnati, squalificanti; genitori che promuovono eccessiva dipendenza o, al contrario, eccessiva indipendenza nel figlio

Tabella 9 – **Stimolazione**

<i>Punti di forza</i>	<i>Capacità genitoriali</i>	<i>Difficoltà</i>
I genitori forniscono stimolazione, apprezzamento e incoraggiamento rispondente alle esigenze di apprendimento del figlio	Capacità del genitore di stimolare, apprezzare, incoraggiare, ricettività e rispondenza ai bisogni di apprendimento del figlio	Scarsa/nulla stimolazione dei genitori per favorire lo sviluppo dell'apprendimento sociale del bambino; i genitori sono freddi, rifiutano, minano, criticano; clima non rispondente alle esigenze di apprendimento del bambino
I genitori forniscono uno stile comunicativo chiaro, un ascolto attento e partecipe verso il figlio	Capacità dei genitori di comunicare con il figlio, ascoltarlo, riconoscerlo e rispondere	Interscambio limitato, assente, squalificante tra genitori e figlio
I genitori offrono stimoli e attività in casa e nei contesti sociali, sostengono l'apprendimento e lo sviluppo sociale; i genitori sono coinvolti, hanno un atteggiamento condiviso, focalizzato e creativo in relazione al gioco con il figlio, incoraggiano i contatti sociali con continuità e continuità	Fornire opportunità per l'apprendimento sociale e il contatto con i legami parentali	I genitori offrono scarse, nulle o inappropriate opportunità di apprendimento e di sviluppo sociale; mancanza di coinvolgimento dei genitori, di attenzione o condivisione in relazione al gioco, all'apprendimento o alle attività sociali del figlio; incapacità di fornire incoraggiamento o di garantire continuità nelle attività sociali
I genitori provvedono a preparare e a sostenere il figlio nel contesto educativo	Preparazione e sostegno del figlio per affrontare il contesto educativo	Scarsa preparazione e supporto alla partecipazione e al coinvolgimento nel contesto educativo

Tabella 10 - **Guida e regole**

<i>Punti di forza</i>	<i>Capacità genitoriali</i>	<i>Difficoltà</i>
I genitori hanno aspettative realistiche verso il figlio, esprimono una gestione adeguata delle regole e dei limiti verso il comportamento del figlio; sono una guida positiva e riflessiva che ricorre in modo appropriato alle ricompense e alle punizioni	Guida e gestione del comportamento	Guida genitoriale assente o oppressiva; controllo del comportamento del figlio; aspettative irrealistiche verso il figlio; uso inappropriato di sanzioni e ricompense; stile educativo violento
I genitori aiutano il bambino a gestire o distrarre il bambino dalla frustrazione	Gestione della frustrazione	Intolleranza dei genitori o rafforzamento della frustrazione o stati negativi nel bambino
I genitori forniscono confini e regole flessibili, pur mantenendo la distinzione tra i ruoli e le generazioni	Chiarezza e flessibilità di confini, regole e aspettative	I genitori stabiliscono confini rigidi, mancanza di confini o regole, eccessiva protezione o inversione del ruolo genitoriale
I genitori collaborano per garantire guida e confini nella gestione del comportamento oppositivo del figlio, senza eccessivo conflitto	Gestione del conflitto e del comportamento oppositivo	Guida e limiti incoerenti o inefficaci; fallimento nella gestione del conflitto e dei comportamenti oppositivi del figlio

Tabella 11 - **Stabilità**

<i>Punti di forza</i>	<i>Capacità genitoriali</i>	<i>Difficoltà</i>
I genitori assicurano stabilità nello sviluppo del figlio	Grado di stabilità della genitorialità durante lo sviluppo e il ciclo di vita familiare	Struttura familiare transitoria, inconsistente, intermittente, nessun adattamento ai cambiamenti nei contesti familiari e sociali
I genitori mantengono un contatto appropriato con le figure significative per il figlio, anche nei casi di separazione	Mantenimento del contatto con familiari conosciuti	Isolamento di genitori e figli, contatti con parenti o figure significative non sostenuti o distorti
I genitori mantengono i contatti con le figure significative per il figlio	Stabilità di una rete di figure significative	Rete instabile/interrotta/vietata dai genitori con figure significative per il figlio
I genitori aiutano il figlio a sviluppare il senso di responsabilità sociale e il senso di appartenenza nei contesti familiari, culturali e sociali	Sviluppare nel figlio il senso di responsabilità e identità sociale e dell'identità culturale della famiglia	I genitori hanno aspettative irrealistiche verso il figlio, non riescono ad aiutare il figlio a sviluppare il senso della propria identità nei contesti familiari, culturali e sociali
I genitori mantengono coerenza e stabilità di fronte a eventi significativamente stressanti e potenzialmente destabilizzanti	Gestire le avversità e gli importanti cambiamenti familiari	Figlio esposto a cambiamenti repentini dei genitori che non lo proteggono dalle separazioni dei legami significativi e lo coinvolgono in eventi stressanti e destabilizzanti

Tabella 12 - Storia familiare e funzionamento della famiglia

Punti di forza	Storia familiare e funzionamento	Difficoltà
Famiglia stabile, mantenimento di relazioni significative nonostante la separazione e il cambiamento, supporto familiare e sociale	Stabilità della famiglia	Instabilità abitativa, relazioni interrotte, non mantenute o destabilizzate dal contesto familiare e sociale allargato
Infanzia stabile e protetta da gravi perdite; eventi traumatici elaborati così da raggiungere un funzionamento autonomo	L'infanzia dei genitori	Ambiente familiare instabile nell'infanzia; esposizione a violenza, abuso, rifiuto, perdita, malattia; eventi traumatici non elaborati e stili di attaccamento evitante/disorganizzato/ansioso
Consapevolezza circa l'impatto di esperienze infantili significative, include quelle di natura traumatica sulla propria storia personale	Impatto della storia familiare	Mancanza di consapevolezza dell'impatto della storia personale sul funzionamento attuale e genitoriale
Funzionamento adeguato: riconoscimento e buona gestione di malattie fisiche, deficit, disturbi di personalità, dipendenze	Funzionamento individuale dei genitori durante lo sviluppo e gestione attuale della propria salute fisica e mentale, deficit, disturbi di personalità, abuso di sostanze	Funzionamento negativo verso la salute fisica e mentale, deficit, problemi di personalità, comportamento antisociale, abuso di sostanze
I membri della famiglia riconoscono il bisogno di aiuto e sono disponibili ad accettare gli interventi dei servizi	Grado di apertura/chiusura verso i servizi	I membri della famiglia non si impegnano nella cura delle proprie problematiche o rifiutano gli interventi dei servizi
Coppia solidale, rispettosa, fiduciosa, equilibrio tra bisogni individuali, coniugali e famigliari	Relazione di coppia	Coppia isolata, non supportata, conflitti accesi, pattern di relazione squilibrato, dominante o sottomesso, distruttivo
Il partner maltrattante cessa il comportamento violento, riconosce la responsabilità, è consapevole delle conseguenze sul partner e il figlio; collabora ed è motivato a cambiare	Violenza Domestica	Il partner violento nega o legittima la violenza, continua a essere violento, non si assume responsabilità o incolpa la vittima; l'impatto sul figlio è ignorato o minimizzato, non collabora ed è resistente all'intervento
Organizzazione familiare ragionevolmente flessibile ma stabile, che soddisfa le esigenze individuali e si adatta alle mutevoli circostanze e fasi del ciclo di vita	Organizzazione familiare per soddisfare le esigenze di base dei membri della famiglia e rispondere alle mutevoli esigenze e eventi stressanti sul ciclo di vita	Famiglia rigida, caotica, sconvolta dallo stress, incapace di adattarsi al cambiamento; cure incoerenti e discontinue
I membri della famiglia presentano punti di forza ragionevoli nelle abilità comunicative e di ascolto reciproco; esprimono competenze affettive e sintoniche; presenza di alleanze familiari positive e un senso di identità individuale e familiare coerente nel tempo	Natura e stabilità del funzionamento familiare	I membri della famiglia hanno notevoli difficoltà a comunicare in modo chiaro, ascoltandosi l'un l'altro e rispondendo in modo appropriato, esprimendo e rispondendo alle emozioni in modo positivo; le alleanze famigliari dividono o impoveriscono alcuni membri della famiglia; senso negativo dell'identità individuale e familiare

Tabella 13 - Famiglia allargata

<i>Punti di forza</i>	<i>Famiglia allargata</i>	<i>Difficoltà</i>
Rete di supporto ai membri della famiglia ; supporto disponibile quando necessario nei casi di disabilità, malattia e stress; supporto pratico ed emotivo	Relazioni con la famiglia allargata	Famiglia più ampia invadente, eccessivamente coinvolta, abbandonica o inefficace; mancata prestazione di assistenza o di supporto emotivo quando necessario
Protezione da individui che presentano rischi per la famiglia	Protezione della famiglia dai pericoli esterni	Mancata protezione da parte di individui che presentano rischi per i familiari

Tabella 14 - Alloggio

<i>Punti di forza</i>	<i>Alloggio</i>	<i>Difficoltà</i>
Disponibilità abitativa stabile, pulita, adatta ai bisogni del figlio e degli altri membri della famiglia	Disponibilità, qualità, manutenzione e adattamenti alle necessità della famiglia	Instabilità abitativa; alloggio non adatto ai bisogni del figlio e della famiglia, mal gestito

Tabella 15 - Occupazione lavorativa

<i>Punti di forza</i>	<i>Occupazione</i>	<i>Difficoltà</i>
Disponibilità di lavoro, gestione del reddito adeguata alle necessità familiari	Natura del lavoro e gestione del reddito	Occupazione che non sostiene la vita familiare
Modelli di lavoro compatibili con i bisogni della famiglia; reperimento adeguate risorse sostitutive	Equilibrio tra lavoro e genitorialità	Modelli di lavoro incompatibili con le necessità familiari; non reperimento di adeguate risorse sostitutive
La disoccupazione è gestita in modo tale da non pregiudicare la vita familiare	Problemi associati a disoccupazione	La disoccupazione sconvolge e mina la vita familiare
Lavoro intrapreso dai figli in base all'età e comunque commisurato a responsabilità appropriate	Influenza del lavoro sui figli	Pressione indebita sui bambini e i giovani a lavorare o assumersi la responsabilità delle cure a causa degli impegni di lavoro dei genitori

Tabella 16 - Reddito

<i>Punti di forza</i>	<i>Reddito</i>	<i>Difficoltà</i>
Reddito adeguato	Disponibilità di reddito	Reddito inadeguato, incoerente o insostenibile che porta a privazioni; assistenza economica usata impropriamente
Le risorse disponibili sono utilizzate per soddisfare le esigenze del figlio e della famiglia	Uso delle risorse disponibili	Le risorse disponibili utilizzate per i bisogni degli adulti e i bisogni del figlio e della famiglia sono trascurati
Bambini protetti da cambiamenti nel reddito		Bambini non protetti dall'impatto delle variazioni del reddito
Risorse ben gestite e standard di cura compatibili con il reddito		Cattiva/inadeguata gestione delle risorse disponibili e standard di cura inadeguati

Tabella 17 - **Integrazione sociale della famiglia**

<i>Punti di forza</i>	<i>Integrazione sociale della famiglia</i>	<i>Difficoltà</i>
Famiglia accettata e integrata nel quartiere e nella più ampia comunità	Integrazione della famiglia nel quartiere e nel contesto della comunità	Figlio e famiglia isolati, non accettati o non integrati nel quartiere o nella comunità più ampia
Uso della famiglia delle risorse disponibili, delle opportunità educative e sociali per sostenere lo sviluppo del senso dell'identità, delle abilità sociali, dell'indipendenza e del senso di responsabilità nel figlio	Uso familiare di risorse disponibili, di opportunità educative e sociali per sviluppare le abilità sociali, l'identità e l'indipendenza del figlio	La famiglia non utilizza le risorse disponibili e le opportunità per lo sviluppo dell'identità, delle abilità sociali, dell'indipendenza e senso di responsabilità nel figlio
Accettazione e valutazione delle diversità; discriminazione attivamente scoraggiata	Atteggiamento comunitario verso le diversità	Clima di minaccia, discriminazione, assenza di tolleranza, influenza antisociale nel vicinato e in generale della comunità
Gruppi e reti amicali disponibili e utilizzati dai membri della famiglia	Disponibilità e utilizzo di gruppo di pari e reti amicali	Gruppi e reti amicali non disponibili o non utilizzati dal figlio e dagli adulti in famiglia

Tabella 18 - **Risorse della comunità**

<i>Punti di forza</i>	<i>Risorse della Comunità</i>	<i>Difficoltà</i>
Disponibilità e accessibilità di risorse della comunità e di strutture per soddisfare le esigenze del bambino e degli altri membri della famiglia	Risorse e strutture comunitarie	Risorse e strutture comunitarie assenti o inadeguate o inaccessibili
Soglia di accesso ai servizi ragionevole; riconoscimento dei Servizi delle esigenze correlate ai bambini che vivono nel contesto di violenza familiare	Accesso ai Servizi	Alta soglia di accesso ai servizi; poco o nessun riconoscimento da parte dei Servizi delle necessità relative a bambini che vivono in un contesto di violenza familiare
Accessibilità delle risorse specialistiche	Accessibilità e disponibilità di risorse e servizi specialistici	Inaccessibilità alle risorse specialistiche
Riconoscimento da parte dei servizi dei bisogni legati alla salute del figlio nel contesto della violenza familiare		Scarso o nullo riconoscimento da parte dei servizi di bisogni legati alla salute del figlio nel contesto della violenza familiare
Buona comunicazione tra servizi e famiglia		Comunicazione povera o assente tra servizi e famiglia

Aree dello sviluppo da valutare nei bambini esposti a traumi complessi

I seguenti criteri vanno considerati come descrittivi dei sintomi clinici più rilevanti che esprimono bambini e adolescenti quando sperimentano, a seguito di un'esposizione precoce e cumulativa a forme molteplici di violenza interpersonale, un funzionamento traumatico complesso.

Attaccamento	<p>Senso dei confini compromesso</p> <p>Sfiducia e sospettosità</p> <p>Difficoltà interpersonali</p> <p>Difficoltà a sintonizzarsi con gli stati emotivi degli altri</p> <p>Difficoltà ad assumere la prospettiva altrui</p>
Funzioni biologiche	<p>Problemi nello sviluppo sensomotorio</p> <p>Analgesia</p> <p>Disturbi nella coordinazione, nell'equilibrio, nella regolazione del tono corporeo</p> <p>Somatizzazione</p> <p>Vari problemi medici, per esempio, dolore pelvico, asma, problemi dermatologici, disturbi autoimmuni, pseudocolpi apoplettici</p>
Regolazione affettiva	<p>Difficoltà nell'autoregolazione emotiva</p> <p>Difficoltà a identificare e a esprimere i sentimenti (alessitimia)</p> <p>Incapacità a identificare e descrivere i propri stati interni</p> <p>Difficoltà a comunicare desideri o bisogni</p>
Dissociazione	<p>Alterazione dello stato di consapevolezza</p> <p>Amnesia</p> <p>Depersonalizzazione e derealizzazione</p> <p>Due o più stati distinti di consapevolezza</p> <p>Compromissione della memoria episodica</p>
Controllo comportamento	<p>Incapacità di modulare gli impulsi</p> <p>Aggressività auto ed eterodiretta</p> <p>Modalità patologiche di autocontrollo</p> <p>Disturbi del sonno</p> <p>Disturbi alimentari</p> <p>Abuso di sostanze</p> <p>Eccessiva compiacenza</p> <p>Comportamenti oppositivi</p> <p>Difficoltà a capire e ad aderire alle regole</p> <p>Riproposizione di contenuti e aspetti emotivi correlati agli eventi traumatici nel comportamento e/o nel gioco (temi di violenza, sessuali, ecc.)</p>
Area cognitiva	<p>Difficoltà nella regolazione dell'attenzione e delle funzioni esecutive</p> <p>Labilità temporale della curiosità</p> <p>Difficoltà nell'elaborazione di informazioni nuove</p> <p>Difficoltà nel concentrarsi su un obiettivo e nel portare a termine un compito</p> <p>Deficit della costanza dell'oggetto</p> <p>Difficoltà nel pianificare e nel fare previsioni rispetto al futuro</p> <p>Problemi nel capire il senso di responsabilità</p> <p>Difficoltà di apprendimento</p> <p>Disturbi nello sviluppo del linguaggio</p> <p>Compromissione dell'orientamento spazio-temporale</p>
Concetto di sé	<p>Mancanza di un senso del Sé continuo e prevedibile</p> <p>Mancanza del senso di separatezza</p> <p>Disturbi nell'immagine corporea</p> <p>Scarsa autostima</p> <p>Senso di colpa e vergogna</p>

Allegato D

Gli Organi giuridici

Quando si parla di maltrattamento/abuso nei confronti di un minore di età, gli organi giuridici a cui è conferito il compito di delineare le conseguenze giuridiche, penali ma anche civili, dei fatti contestati, sono i seguenti:

Le segnalazioni in sede civile

La Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni

È l'organo deputato a ricevere denunce, querele, referti, segnalazioni che vanno a delineare una situazione di pregiudizio del minore che ne richiede la sua tutela (in sede civile, non penale quindi). È l'organo propulsore, a cui compete l'iniziativa processuale civile a protezione del minore di età.

La Procura può: archiviare, disporre approfondimenti e promuovere ricorso al Tribunale per i Minorenni chiedendo misure civili a tutela del bambino/adolescente che potranno consistere anche in un provvedimento urgente quale il suo allontanamento o comunque provvedimenti ablativi o limitativi della responsabilità genitoriale.

Gli interventi a tutela del minore di età non si fondano, né sono condizionati, dall'accertamento giudiziale di un fatto di reato (ancora da provare, processualmente), ma rappresentano una risposta ad un disagio evolutivo rispetto al nucleo familiare di riferimento.

Le denunce in sede penale

La Procura della Repubblica competente all'indagine penale sui fatti contestati

È l'organo deputato a ricevere denunce, querele, referti, segnalazioni e aggiornamenti che vanno a delineare il procedimento penale, va ad accertare l'abuso/maltrattamento al fine di decidere circa la responsabilità penale dell'autore del reato.

Tale competenza, ripartita tra Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario e presso il Tribunale per i Minorenni, dipende dall'età minore o maggiore del possibile autore al momento del fatto. Solo nel primo caso, la denuncia andrà rivolta alla Procura Minorile, che pertanto assumerebbe un doppio ruolo, sia civile che penale, attraverso due separate istruttorie.

Fin dalla prima rilevazione del maltrattamento/abuso occorre che entrambe queste autorità (salvo che sia la medesima Procura Minorile, nel caso di autore minorenni) siano messe a conoscenza della segnalazione/denuncia: è pertanto necessaria una doppia segnalazione: alla Procura Ordinaria (ai fini dell'avvio dell'attività d'indagine) e alla Procura Minorile (esercizio dell'iniziativa a tutela del minore in sede civile).

Le decisioni assunte in sede civile

Il Tribunale per i Minorenni

In via provvisoria ed urgente, ricevuto il ricorso dalla Procura Minorile, potrebbe adottare, come detto, misure civili a tutela del bambino/adolescente che potranno consistere anche in un provvedimento urgente quale l'allontanamento del minore o comunque provvedimenti ablativi o limitativi della responsabilità genitoriale.

Ai sensi dell'art. 333 c.c. potrebbe inoltre adottare un ordine di protezione, al fine di allontanare il genitore maltrattante dal contesto familiare.

Il Tribunale può disporre l'allontanamento dalla casa familiare "del genitore o del convivente che maltratta o abusa il minore" art. 330, 333 cc. Questo tipo di provvedimento consente al minore di età vittima di rimanere nel proprio ambiente di vita, allontanando l'autore del reato, se uno dei due genitori è sufficientemente tutelante. Tuttavia, tale misura può risultare inefficace se il genitore non maltrattante non è sufficientemente protettivo verso il figlio. Il Tribunale non può esimersi dal rivolgere attenzione anche alle qualità morali del genitore ed alla sua capacità di protezione della vittima dal maltrattante/abusante, soprattutto in pendenza di un processo penale.

Le misure disposte dal TM nell'ambito di un giudizio di limitazione della potestà non prevedono un termine finale di efficacia e sono immediatamente esecutive. Nel definire provvedimenti di limi-

tazione della potestà il TM deve acquisire informazioni sulla famiglia di origine del minore di età e sulle sue prospettive di affidamento attraverso gli approfondimenti sociali, educativi e psicologici da parte delle *équipe* multidisciplinari del territorio di residenza del minore di età.

Può accadere che i servizi sociali facciano ricorso al c.d. 403 c.c. quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o allevato in locali insalubri o pericolosi, oppure da persone per negligenza, immoralità, ignoranza o per altri motivi incapaci di provvedere in modo definitivo alla sua protezione. Presupposto è la sussistenza di una situazione di urgenza, non altrimenti affrontabile. La norma attribuisce la competenza alla Pubblica Autorità che colloca il minore in luogo sicuro, di solito una comunità, ma può capitare che il minore si affidato a parenti o ad uno dei due genitori. Presuppone una situazione di reale urgenza, non ovviabile altrimenti (ossia secondo le normali modalità della segnalazione alla Procura). Il provvedimento deve essere “convalidato” dal TM (di solito entro 30 giorni).

L'intervento del Tribunale per i Minorenni di solito si sviluppa attraverso una serie di provvedimenti provvisori, a partire da quelli urgenti, sino ad individuare la collocazione **definitiva** e stabile per i minori, che possono avere lo stesso tenore di quelli provvisori, atteso che anche le decisioni definitive possono essere revocate ed impugnate.

Il Tribunale Ordinario, sezione civile - in via cautelare e/o definitiva, oltre ad assumere le determinazioni più opportune in merito all'affidamento dei minori nei casi in cui i genitori abbiano promosso azione separazione/divorzio/regolamentazione in quanto coppia di fatto, può adottare, su richiesta di parte, provvedimenti cautelari a tutela dell'integrità fisica o morale ovvero della libertà di un coniuge o convivente o di altro familiare (legge n. 154 del 5 aprile 2001 “Misure contro la violenza nelle relazioni familiari”), cd ordine di protezione in sede civile.

Le decisioni assunte in sede penale

Il Tribunale Ordinario (o minorile per reati commessi da minorenni), sezione penale, nei procedimenti in cui vi siano vittime di reato, anche minorenni, può emettere provvedimenti cautelari nel corso delle indagini preliminari, a mezzo del Giudice per le indagini preliminari (GIP), competente a provvedere nei confronti dell'imputato con ordinanza motivata che può essere impugnata davanti al Tribunale per il Riesame oppure davanti alla Corte di Cassazione. Tra queste misure (oltre all'arresto, possiamo trovare anche l'ordine di protezione, con conseguente allontanamento dell'imputato dalla casa familiare ed ulteriori restrizioni, quali il divieto di avvicinamento ai centri di interesse del nucleo o ancora del mantenimento economico dello stesso.

Il Tribunale Ordinario (o minorile per reati commessi da minorenni), sezione penale, all'esito della fase delle indagini, si pronuncia (a mezzo del GIP) in merito alla richiesta del Pubblico Ministero di archiviazione o di esercizio dell'azione penale; in quest'ultimo caso, di rinvio a giudizio, un altro giudice (Giudice dell'udienza preliminare, GUP) deciderà se rinviare a dibattimento o se prosciogliere l'imputato già in quella sede.

Una volta aperto il procedimento in sede dibattimentale, in composizione monocratica ovvero collegiale, il Tribunale accerta l'eventuale responsabilità dell'imputato emettendo in esito sentenza di condanna ovvero di proscioglimento.

Si chiarisce che il processo penale prevede anche riti speciali, che possono saltare o l'udienza presso il GUP (rito direttissimo e rito immediato) o il dibattimento (rito abbreviato), per cui il processo viene concentrato di fronte ad un solo giudice, su richiesta delle parti.

Si chiarisce che quando la competenza è del Tribunale per i Minorenni in sede penale, vi sono peculiarità processuali e di definizione del processo stesso, che tengono conto della personalità del reo (età, contesto di vita, eventuali disturbi sanitari) e del percorso evolutivo in essere. Tra questi la messa alla prova, il perdono giudiziale e l'irrilevanza del fatto, che favoriscono la fuoriuscita dal circuito penale del minorenne a fronte, di norma, di un momento riparativo con la vittima e/o dell'adesione a un progetto socio-sanitario con i Servizi Sociali preposti, ministeriali (USSM) e territoriali (SST).

Ciò vale anche in casi di interventi cautelari, dove esiste lo strumento del collocamento in comunità, soluzione peraltro possibile anche quale luogo di esecuzione della misura penale o di permanenza durante il periodo di messa alla prova o, ancora, a seguito della misura amministrativa ex art. 25 RD 1404/34 (condotte irregolari).

L'interesse del minore e le (diverse) finalità del giudice civile e del giudice penale:

Benché la normativa di settore richiami regole processuali e sostanziali che interessano allo stesso modo soggetti minorenni, solo il processo civile ha quale fine principale la tutela del minore in quanto tale.

Diverso invece nell'ambito penale, dove l'interesse prioritario è l'accertamento del fatto di reato, che non accetta deroghe in proposito, fatto salvo quanto avviene con gli istituti citati nel processo penale minorile, e ricordando che comunque anche il quel contesto la tutela viene rivolta al minore autore di reato e non alla vittima, anche quando anch'essa minore.

Certamente esistono strumenti volti a ridurre i danni derivanti dall'esposizione in un processo penale, quali l'incidente probatorio, l'audizione protetta, la conduzione della *cross-examination* da parte del giudice ma, alla fine, se un minore è risultato audibile, dovrà essere ascoltato, benché ciò possa avere effetti collaterali, es destabilizzanti o comunque pregiudizievoli.

Di fronte a tale fatto, il professionista socio-educativo-sanitario dovrà prendere atto e, al contempo, meglio comprendere, per quanto premesso, come ed in che contesto l'Autorità Giudiziaria che riceve da loro le informazioni (denunce, segnalazioni, aggiornamenti) le userà e con quale finalità principale. Di fatto la Giustizia chiede a categorie scientifiche diverse dalla propria informazioni che in un qualche modo, e necessariamente, vengono semplificate e ricondotte a quelle della scienza giuridica, con il fine di pervenire, ad una verità processuale (civile o penale), fisiologicamente diversa dalla verità storica, al fine di prendere le decisioni -giurisdizionali- sul caso.

Allo stesso tempo un processo, un provvedimento provvisorio, una sentenza potranno anche essere terapeutici (quando non sono ritraumatizzanti) , ma non era questo il loro fine prioritario. Di fatto, l'aspettativa principale che i professionisti citati possono e debbono riservare al diritto è limitata alla corretta applicazione della legge e alla ricerca di una verità processuale (esiti questi tutt'altro che certi); solo indirettamente potrà avere ricadute sul benessere del minore, sul superamento del malessere subito e sul nucleo familiare interessato. Tale distanza vale soprattutto, per quanto sopra descritto, nel sistema della giustizia penale.

Se pertanto il fatto sociale maltrattante/abusante è slegato per essere definito tale (e divenire pertanto oggetto di una risposta/intervento professionale) alle definizioni, alle dinamiche e alle conseguenze giuridiche sottese, l'intervento professionale, sociale, educativo e sanitario, assume una veste nuova, tutt'altro che sussidiario ed ancillare rispetto al Sistema della Giustizia a cui (ad un certo punto) deve riferire. Appunto perché rispetto a quel Sistema mantiene una autonomia scientifica ed operativa, benché fortemente connesso e a volte condizionato, più negli obiettivi da perseguire però, che nei percorsi professionali adottati per perseguirli.

Allegato E

Gli strumenti educativi

Spazio protetto

Le fasi dell'intervento (CBM, Milano)

- incontri con il servizio inviante/richiedente/di riferimento (stabilire una collaborazione e una condivisione di comuni obiettivi: *chi fa che cosa come e perché*);
- presentazione del caso e impostazione dell'intervento con l'*équipe* multidisciplinare;
- colloqui di conoscenza/ambientamento con il figlio e con i genitori

I colloqui di ambientamento sono per:

- il figlio (uno o più colloqui a seconda dei casi e dell'età)
- il/i genitore/i incontrante/i
- il genitore o l'adulto che accompagna
 - Individuazione di una sede idonea
 - Avvio degli incontri
 - Assestamento degli incontri
 - Verifica (in *équipe* e in particolare con il figlio) ed eventuale riprogettazione dell'intervento
 - Eventuale ri-modulazione dell'intervento
 - Restituzione finale ai genitori e al bambino; eventuale dimissione

Quando uno Spazio Protetto è Protettivo? (CBM, Milano)

Quando Rassicura e Contiene: aiuta a dare un SIGNIFICATO chiaro a messaggi e comportamenti dei genitori. A collocare gli eventi e le responsabilità in modo chiaro, a ridefinire i "confini" della relazione.

Quando Legittima: favorisce nel figlio l'espressione del pensiero, delle emozioni ed esigenze.

Quando Ripara: aiuta a vedere i possibili cambiamenti, a costruire un'immagine diversa dei genitori, a "sperimentare" modalità di relazione differenti.

Quando Restituisce: aiuta il figlio a "fare i conti" con quei genitori, con le loro risorse e limiti

SCHEMA AREE DI OSSERVAZIONE DELLA RELAZIONE GENITORI/FIGLI IN SPAZIO PROTETTO

GENITORE

COME SI PRESENTA

- condizioni fisiche, psichiche ed emotive (stati di ansia, inibizione, alterazione, ecc.)
- rispetto del setting (ritardo, puntualità, in anticipo)

PIANO RELAZIONALE

- manifestazione dell'affetto con modalità: eccessive/adesive, invasive, assente, seduttiva/manipolativa, passiva;
- non rispetto dei tempi e dello spazio del bambino (confini fisici, relazionali ed emotivi)

INTERAZIONE NEL DIALOGO

ascolta il bambino, lo interrompe, lo svaluta, non risponde alle domande del bambino, è evitante o manipolativo rispetto alle domande del bambino, strumentale nel senso che utilizza il bambino per avere informazioni sull'altro genitore o sugli altri adulti di riferimento (es. famiglia affidataria, operatori, educatori o altri parenti), svaluta, denigra l'altro genitore o gli altri adulti di riferimento

PIANO DELLE ATTIVITÀ INTRAPRESE

- il genitore propone o no attività (es. giochi, disegni, ecc.)
- il genitore è in grado di seguire il bambino nelle attività, tende a denigrarlo/prevarcarlo, è propositivo o passivo
- il genitore porta o no oggetti (giochi, libri, abiti, alimenti, foto, ecc.) esagerati in quantità o qualitativamente inadeguati all'età del bambino

CONCLUSIONE DELL'INCONTRO

- il genitore fatica a separarsi dal figlio, tende a prolungare i tempi di conclusione, oppone resistenza
- il genitore anticipa il momento del distacco.

FIGLIO

COME SI PRESENTA E DA CHI VIENE ACCOMPAGNATO

- condizioni fisiche ed emotive (agitato, sorridente, piange, stanco, preoccupato, triste...)
- rispetto del setting (ritardo, puntualità, in anticipo).

PIANO RELAZIONALE

- manifestazione dell'affetto (modalità adesive, assente, seduttivo/manipolativo, di rifiuto/oppositivo, passivo/accondiscendente)
- manifestazione dell'aggressività (sul piano verbale, comportamentale, fisico)

INTERAZIONE NEL DIALOGO

ascolta il genitore ed interagisce con lui attivamente nel dialogo, interrompe il genitore, manifestazione di fastidio, rifiuto a rispondere alle domande del genitore, il bambino introduce sempre argomentazioni di dialogo

PIANO DELLE ATTIVITÀ INTRAPRESE

- il bambino propone, organizza attività o meno al genitore (giochi, disegni, altro)
- il bambino accoglie o meno le attività proposte dal genitore e sue reazioni
- il bambino porta doni al genitore e sue reazioni ai doni portati dal genitore

CONCLUSIONE DELL'INCONTRO

Il bambino fatica a separarsi dal genitore, tende a prolungare i tempi, oppone resistenza o anticipa il momento del distacco

L'OPERATORE ED IL CONTESTO ISTITUZIONALE

- a) come si pone il bambino/il genitore rispetto all'operatore (tende a rivolgersi spesso con lo sguardo, fisicamente o dialoga prevalentemente con l'operatore, svaluta l'operatore, lo invischia sia verbalmente che non)
- b) come si pone il bambino/genitore rispetto all'ambiente ed al contesto (tende a controllare l'ambiente, modalità di distribuzione e spostamento nello spazio, denigrazione o svalutazione del contesto spaziale)

SE IN SPAZIO PROTETTO SONO PRESENTI ENTRAMBI I GENITORI:

È necessario specificare alcuni elementi di osservazione, ponendo in rilievo:

le relazioni tra i due genitori:

- modalità concordanti, discordanti, congrue e non rispetto alle modalità relazionali con il figlio (sia a livello fisico che nel dialogo e nelle attività)

il piano relazionale bambino/genitori:

- analogia o discrepanza del bambino nei confronti dei genitori (tendenza a privilegiare il rapporto con uno dei due genitori sia a livello affettivo che nel dialogo che nelle attività)

SE IN SPAZIO PROTETTO SONO PRESENTI I FRATELLI DEL BAMBINO:

È necessario specificare il piano relazionale tra i fratelli e tra i genitori e i vari fratelli in rapporto al figlio.

CHIARIRE LE REGOLE PER LO SVOLGIMENTO DEGLI INCONTRI PROTETTI: UN ESEMPIO

Con questa lettera ille/vi dà il benvenuto presso la propria sede. Il nostro servizio si occupa di garantire il diritto di visita ed il mantenimento delle relazioni genitori-figli in alcuni momenti della vita familiare che possono essere particolarmente critici o di difficoltà. Il nostro scopo è quello di garantire un clima relazionale sereno e la protezione dei genitori e del figlio/i che vi partecipano.

Il desiderio che ci accomuna è che l'esito degli incontri sia positivo e affinché ciò possa essere possibile le/vi chiediamo di condividere e rispettare alcune regole fondamentali, onde evitare l'interruzione dell'incontro:

Per la sicurezza del figlio e per la sua serenità durante gli incontri non si può:

1. Portare oggetti pericolosi.
2. Aver assunto o assumere alcolici o sostanze stupefacenti.
3. Assumere comportamenti aggressivi e violenti: è importante né dire né fare cose che possano allarmare o preoccupare il figlio (alzare la voce, picchiare il bambino o gli adulti, fare giochi violenti, ...).
4. Dire parolacce.
5. Parlare nell'orecchio.
6. Portare nella stanza persone anche parenti o familiari senza essere preventivamente autorizzati dal servizio sociale.
7. Chiedere al figlio informazioni sull'altro genitore o chiedere di passare informazioni all'altro genitore.
8. Far parlare al cellulare il figlio con qualcuno senza averlo chiesto preventivamente all'operatore.
9. Fare foto o filmati senza la necessaria autorizzazione del servizio sociale.

Si chiede inoltre di rispettare gli orari e gli spazi messi a disposizione dal servizio, nonché il personale presente.

Durante gli incontri si può:

1. Portare al figlio regali, giochi e cibo concordando preventivamente con l'operatore.
2. Chiedere di uscire dalla stanza per qualche minuto per fumare/andare in bagno.

Firma per presa visione

Raccomandazioni

- Per lo svolgimento degli incontri è necessario che vi siano momenti introduttivi e di conoscenza che prevedano il coinvolgimento degli adulti, del figlio e degli operatori coinvolti. Nelle fasi preliminari è necessario definire e condividere le finalità e le modalità secondo le quali avverranno gli incontri. Nel far questo è indispensabile tenere in considerazione, oltre che le disposizioni dell'Autorità giudiziaria, anche il ritmo di vita del figlio, le sue richieste e i suoi vissuti, le richieste e le aspettative degli adulti, le disponibilità effettive di risorse, tempi e spazi che il servizio e la sua organizzazione possono offrire.
- L'avvio degli incontri: i colloqui di ambientamento con il bambino e con i genitori e la costruzione del contesto protettivo dovranno essere programmati tenendo in considerazione tutti gli elementi raccolti.
- Occorre prestare particolare attenzione ai tempi (la durata dei singoli incontri e dell'intero percorso) che devono tener conto delle esigenze psico-evolutive del figlio prevedendo un inizio, uno svolgimento e una conclusione.
- Il luogo degli incontri viene definito a partire dalle finalità e dal mandato conferito al servizio sociale: gli incontri possono svolgersi presso spazi adibiti all'interno dello stesso servizio oppure spazi esterni, al domicilio oppure ancora spazi pubblici; possono inoltre essere videoregistrati oppure svolti con un operatore posto dietro a uno specchio unidirezionale.

- Regole degli incontri: le regole devono essere chiare, condivise e possibilmente scritte, prevedendo anche la possibilità di interruzione degli incontri nei casi in cui si verificano situazioni non tutelanti per il minore.
- Restituzione dell'andamento degli incontri: si ritiene importante prevedere momenti di restituzione con valenza propedeutica per il percorso di valutazione della recuperabilità genitoriale. È importante altresì prevedere momenti di restituzione calendarizzata in cui chiarire il proseguimento del percorso e gli esiti valutativi.

