

---

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

---

*Corso di formazione in:*

***“PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E  
PSICODIAGNOSTICA FORENSE”***

*Anno 2006*

***LA COMUNITÀ EDUCATIVA: LUOGO  
DI ACCOGLIENZA, CONTENIMENTO,  
CURA E RELAZIONE PER BAMBINI  
IN DIFFICOLTÀ***

***DOTT.SSA COSIMA PAPA***

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>pag. 3</b>
<b>1. FASCIA D'ETÀ E TIPOLOGIA DELL'UTENZA</b>	<b>pag. 5</b>
<b>2. CENNI SULLA PRIMA INFANZIA</b>	<b>pag. 8</b>
<b>3. METODOLOGIA EDUCATIVA: LA COMUNITA' COME "LUOGO ECOLOGICO PER BAMBINI E ADULTI"</b>	<b>pag. 10</b>
<b>4. IL BAMBINO NELLA SUA GLOBALITÀ: IL RUOLO DELLA COMUNITÀ EDUCATIVA</b>	<b>pag. 11</b>
<b>5. METODOLOGIA OPERATIVA DE "IL GIROTONDO"</b>	<b>pag. 13</b>
<i>5.1 Fase di accoglienza</i>	<b>pag. 13</b>
<i>5.2 Fase di permanenza</i>	<b>pag. 13</b>
<i>5.3 Fase di dimissione</i>	<b>pag. 14</b>
<b>6. IL PROGETTO EDUCATIVO</b>	<b>pag. 16</b>
<b>7. LA RICERCA E LA CRESCITA DEI BAMBINI</b>	<b>pag. 17</b>
<i>7.1 Il bambino nel gioco e nelle cure quotidiane</i>	<b>pag. 17</b>
<i>7.2 La qualità delle relazioni</i>	<b>pag. 18</b>
<b>8. PROGETTI EDUCATIVI INDIVIDUALIZZATI</b>	<b>pag. 19</b>
<b>9. MODALITÀ DI LAVORO</b>	<b>pag. 20</b>
<b>10. COMPETENZE ED INTERVENTI DA DI TUTELA DEL MINORE DA PARTE DELLE AUTORITÀ GIUDIZIARIE E DEI SERVIZI</b>	<b>pag. 22</b>
<b>11. L'ALLONTANAMENTO DEL MINORE DALLA FAMIGLIA E IL COLLOCAMENTO TEMPORANEO IN UNA STRUTTURA DI ACCOGLIENZA QUALI INTERVENTI DI PROTEZIONE</b>	<b>pag. 24</b>
<i>11.1 Istituto giuridico dell'affidamento e dell'adozione</i>	<b>pag. 26</b>
<i>11.2 Affidamento familiare</i>	<b>pag. 26</b>
<i>11.3 Adozione</i>	<b>pag. 27</b>
<b>12. LA RICERCA</b>	<b>pag. 30</b>
<b>13. CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 44</b>
<b>14. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>pag. 45</b>

## INTRODUZIONE

L'oggetto del mio lavoro nasce dall'esperienza di dieci anni di vita de "Il Girotondo".

Il Girotondo è una struttura residenziale funzionante dal 1 aprile 1996 che accoglie bambini da zero anni fino a sei non compiuti, è un servizio socio-educativo, caratterizzato da una dimensione di vita di tipo familiare che integra e sostituisce temporaneamente la famiglia, offrendo al bambino una casa e delle relazioni educative stabili che gli consentono una crescita psicofisica adeguata. E' immersa nel verde della "Valle dei casali", in una zona residenziale di Monteverde.

Il Girotondo è un centro comunale per l'infanzia gestito dalla cooperativa sociale S. Saturnino, è nato come casa famiglia e dal 1 luglio del 2001 sono stati riconosciuti alla struttura, dal comune di Roma, l'idoneità e l'accreditamento come gruppo appartamento, consistente in un nucleo di convivenza, caratterizzato dalla flessibilità organizzativa, destinato ad otto bambini, di sesso e di età diversi, anche portatori di handicaps, per i quali non è possibile il mantenimento nel proprio ambito familiare. Sono disposti oltre alla capienza massima, due posti di pronta accoglienza per le ammissioni di urgenza. I bambini portatori di handicaps sono accolti in rapporto di due sul totale degli ospiti.

Dal 30 marzo del 2002 le competenze in tema di pronto intervento per la prima infanzia sono passate dalla provincia di Roma, al comune, quindi la struttura si è allargata, per poter accogliere i piccoli ospiti che fino ad allora alloggiavano nei locali dei servizi sociali della provincia, situandosi su due livelli e creando due ambienti con le stesse caratteristiche. Di conseguenza i margini d'accoglienza sono raddoppiati, così come i posti disponibili per le urgenze che sono quasi sempre al completo con un numero massimo di venti bambini.

L'équipe professionale è composta da una psicologa di comunità, responsabile della struttura, da un'assistente sociale che ha il ruolo di coordinatore del servizio, da due gruppi di educatori d'infanzia che ruotano in base a dei turni e da alcune ausiliarie che si occupano della casa. Sono presenti, inoltre, il pediatra che segue le condizioni di salute di ogni piccolo ospite e la fisioterapista per i bambini più deboli e fragili che hanno bisogno di una riabilitazione motoria e con cadenze semestrali o annuali i volontari civili e i tirocinanti psicologi o assistenti sociali.

L'inserimento nella struttura è temporaneo ed ha uno dei seguenti obiettivi:

- rientro nella propria famiglia d'origine;
- affidamento familiare;
- adozione.

Il Girotondo può avere una funzione preventiva nei casi di nuclei familiari con minori che si trovano in una temporanea situazione di crisi e in cui un intervento tempestivo può favorire un'elaborazione positiva del disagio in atto. La struttura può costituire uno strumento in grado di contribuire a risolvere una serie di difficoltà della famiglia d'origine, senza per questo deresponsabilizzarla rispetto ai suoi compiti.

Gli educatori che si occupano del bambino nel periodo di permanenza nella "casa dei bambini", (il nome più vero e sentito che ha il Girotondo) assumono come attività principale quella educativa nei confronti dei minori a loro affidati, con finalità di offrire loro un clima affettivo, esperienze relazionali ed un tipo di vita quotidiana compatibili con quelli di una vera e propria "famiglia".

La "casa dei bambini" mantiene e rende possibili tutti i rapporti con l'ambiente sociale di cui gode ogni bambino che vive in famiglia, riconoscendo al bambino il diritto di vivere in una vera casa con tutto il calore e la privacy di chi vive in casa propria. Dota l'ambiente fisico della struttura di tutte le caratteristiche di una casa in cui vive una famiglia capace di educare.

La disposizione degli spazi/tempi, quindi, non segue una schematicità; si pensa e si crea l'organizzazione del tempo e dello spazio in base alle esigenze del rapporto del bambino con il suo mondo e non in dipendenza dalle esigenze istituzionali. La casa garantisce un rapporto diretto con adulti qualificati capaci di costruire con i bambini una storia comune per diventare

partners significativi, curarli, sostenerli, rassicurarli nelle esperienze quotidiane, giocare e divertirsi insieme a loro.

Prendendo in considerazione la tipologia dell'utenza, che si riferisce a bambini della prima e seconda infanzia e tenendo conto delle circostanze della loro entrata e della loro permanenza nella comunità, spesso legate a emergenze e crisi e la caratteristica di transitorietà, l'elemento fondamentale che caratterizza il Girotondo è quello di rappresentare un ponte fra la storia passata del bambino e la ricerca quanto più rapida e stabile di una soluzione definitiva valida, sia essa il rientro nella famiglia d'origine o l'inserimento in una famiglia affidataria o adottiva.

La centralità degli aspetti di accoglienza, contenimento, cura e relazione al bambino è la forza motrice del lavoro nel e intorno a "il Girotondo", ponendosi i seguenti obiettivi:

1) - L'obiettivo principale che la struttura si pone è quello di accogliere temporaneamente il minore in stato di disagio in un ambiente sereno, accogliente, sensibile ai suoi bisogni, capace di rispondere in maniera qualificata ed adeguata alle sue necessità quotidiane: fisiologiche, di sicurezza, sanitarie, affettive, di identità e relazionali;

2) - Favorire la crescita armonica del bambino sotto tutti i profili: umano, psicologico, sociale, cognitivo, stimolando al massimo lo sviluppo delle sue potenzialità in un ambiente idoneo e in condizioni di libertà e di rispetto per la dignità;

3) - Individualizzare l'intervento sul minore attraverso l'elaborazione di un progetto socio-educativo in collaborazione con i servizi sociali competenti e la magistratura;

4) - Garantire il diritto del bambino a crescere in modo sano instaurando, sin dall'inizio, un rapporto di collaborazione con la famiglia d'origine (ove esista e le condizioni lo consentano), in previsione di un rientro del bambino, attivando interventi di sostegno psico-socio-educativo sul nucleo familiare in collaborazione con il servizio sociale;

5) - Favorire l'inserimento del bambino presso una famiglia affidataria o adottiva in ottemperanza alla legge 184/83 recante le norme sulla disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori. Considerata l'età dei minori in oggetto si individueranno soluzioni definitive e stabili;

6) - Favorire una reale integrazione della "casa dei bambini" nel territorio di appartenenza, attivando la rete delle risorse presenti e promuovendo un'attività di sensibilizzazione e formazione di famiglie affidatarie.

## 1. FASCIA D'ETA' E TIPOLOGIA DELL'UTENZA

Il Girotondo accoglie bambini molto piccoli e per questa sua caratteristica può essere denominato “una casa che accoglie la vita”.

I piccoli ospiti provengono da situazioni di vita disagiate, da nuclei familiari disgregati, e incapaci di offrire tutela adeguata, da situazioni per le quali la magistratura ha disposto il temporaneo allontanamento dalla famiglia in attesa di definire giuridicamente il caso, da nuclei fortemente deprivati, materialmente e culturalmente, da nuclei composti da soggetti patologici, da condizioni sanitarie, alloggiative ed economiche precarie, da situazioni a rischio di abbandono morale e materiale, da situazioni di effettivo abbandono in ospedale o per strada.

Le condizioni psico-patologiche e le patologie sanitarie che accompagnano lo stato di deprivazione e di abbandono nel bambino piccolo sono state da lungo tempo evidenziate.

Uno dei principali problemi che presentano i bambini piccolissimi provenienti da una situazione di abbandono è lo stato di “carenza affettiva”. Tale stato, di difficile definizione, deve tener conto, nell'interazione madre-bambino, di tre dimensioni:

- l'insufficienza dell'interazione che rimanda all'assenza della madre o del sostituto materno;
- la distorsione che dipende dalla qualità dell'apporto materno (madre caotica, imprevedibile, patologica);
- la discontinuità che mette in causa le separazioni qualunque ne siano i motivi.

Nel nostro secolo Sigmund Freud ha riproposto con forza questa idea: “Le impressioni che abbiamo dimenticato hanno ciò non di meno lasciato dietro di sé le tracce più profonde nella nostra vita psichica e sono diventate determinanti per il nostro sviluppo ulteriore”.

Insomma, le esperienze vissute nei primi anni di vita avrebbero un significato di importanza incomparabile per la futura esistenza dell'individuo.

Non esiste una semeiologia clinica propria del bambino in situazione di carenza affettiva, poiché essa produce effetti variabili a seconda della sua natura, ma anche a seconda della durata, dell'età del bambino, della qualità del “maternage” che l'ha preceduta.

In base al quadro semeiotico descritto da Spitz circa i danni dell'ospitalismo, la cosiddetta “depressione anaclitica” causata da una prolungata o ripetuta separazione dalla madre. In particolare la reazione è particolarmente intensa nei bambini da cinque mesi fino a tre anni. Il piccolo dell'uomo col ripetersi della separazione sviluppa un'estrema sensibilità e un'angoscia permanente che si traduce, secondo Bowlby, con una “dipendenza eccessiva dall'ambiente”. In caso di separazione prolungata si osservano:

- un frequente arresto dello sviluppo affettivo e cognitivo con cadute del quoziente intellettivo;
- delle perturbazioni somatiche, notevole facilità delle infezioni e frequenti malattie;
- una sintomatologia depressiva, caratterizzata da pianti frequenti, tristezza del volto, noia, apatia e stanchezza costante.

L'effetto a lungo termine di tale carenza causa lo sviluppo di una personalità distorta; si può dire però che tale situazione si risolve positivamente il più precocemente possibile, con il rientro in famiglia o con un'adozione (con una sistemazione, cioè, quanto più possibile adeguata e stabile per il bambino ancora molto piccolo); ciò consente il formarsi di una relazione di attaccamento sicura, prima del momento in cui il bambino comincia a reagire negativamente all'estraneo e a soffrire per la separazione delle persone già familiari.

L'idea che esista un periodo critico, i primi due/tre anni di vita, entro il quale il piccolo può sviluppare una relazione significativa con il genitore naturale o adottivo e che, passato questo periodo, tale capacità in certo senso si atrofizza, è sostenuta da Bowlby e da altri psichiatri infantili. Bowlby condusse i suoi studi negli anni cinquanta in Gran Bretagna, su bambini che avevano trascorso i primi anni di vita in istituto e che, una volta adottati, avrebbero manifestato gravi difficoltà a stabilire relazioni educative adeguate con i nuovi

genitori. Per questi bambini emotivamente “congelati” nella loro prima infanzia perché allevati in un ambiente impersonale, il rischio è quello di sviluppare una “personalità anaffettiva”, cioè essere incapaci di formare relazioni emotivamente significative con chiunque, sia nella fanciullezza che nell’età adulta.

Ricerche svolte successivamente in Gran Bretagna da Barbara Tizard e da suoi collaboratori non confermano l’ipotesi che esista un periodo critico per la formazione dell’attaccamento. Secondo queste ricerche bambini adottati a sei, sette anni, senza aver sperimentato precedentemente una relazione stabile e significativa, sviluppano un attaccamento intenso ai loro nuovi genitori e non manifestano alcun segno tipico della personalità anaffettiva descritta da Bowlby. Ciò non significa che questi bambini escano del tutto indenni da un’esperienza precoce di deprivazione; ad esempio essi manifestano frequentemente difficoltà con i coetanei e altri problemi di comportamento. In generale l’idea che i traumi precoci lascino un marchio indelebile sulla personalità, sottovaluta le straordinarie capacità di recupero dei bambini e l’enorme plasticità che caratterizza lo sviluppo, sopravvalutando al tempo stesso il carattere irreversibile delle esperienze iniziali rispetto alle successive. In realtà le esperienze precoci negative di isolamento, deprivazione o abuso sono reversibili se seguite da esperienze positive come l’inserimento del bambino in un ambiente familiare caldo e accogliente.

Se gli effetti dell’assenza di relazione o della separazione madre-bambino sono ben conosciuti, più recente è l’attenzione rivolta alle famiglie cosiddette multiproblematiche, in cui compare alcolismo, violenza, assenza di figure maschili, invalidità, ospedalizzazione, disagio socio-economico. In questo caso i bambini hanno raramente uno sviluppo normale, nella prima infanzia i disturbi somatici e la carenza di cure sono le più logiche conseguenze, seguite da una perturbazione del linguaggio, a volte con ritardi massicci, mentre le difficoltà intellettive sono costanti. Inoltre il bambino di fronte ad adulti che non hanno chiare regole di vita, non introietta nessuna immagine parentale sulla quale basarsi e questo spiega come nell’adolescenza riproponga spesso lo stesso modello genitoriale disorganizzato che ha appreso.

Tra le relazioni patologiche genitori-bambino vanno menzionati i bambini vittime di sevizie e i bambini picchiati, fortemente in aumento. Di difficile diagnosi sono le lesioni che narrano le violenze subite dai bambini, ci sono quelle dermatologiche, ecchimosi, bruciature, graffi, le fratture e gli ematomi. In genere la maggior parte dei bambini presenta delle condizioni generali mediocri, denutrizione, ipotrofia, ritardo della crescita. I disturbi del comportamento si osservano a partire dai dodici-diciotto mesi, oltre al cattivo stato generale, emerge un quadro di paura “paralizzante” del bambino. Da studi epidemiologici condotti sui genitori autori di violenza, emerge che gran parte di essi ha avuto un’infanzia difficile, solitudine, carenze di cure e affettive, affidamenti multipli. Spesso l’esistenza di una patologia mentale, di un ritardo mentale, di alcolismo contribuiscono ad aumentare il rischio di abuso sui bambini.

Un problema rilevante sembra rappresentare per i bambini anche la presenza di una famiglia incompleta o dissociata, una famiglia dove sia già avvenuta una separazione o dove esiste un’acuta discordia parentale. Sembra che il bambino soffra e manifesti turbe del comportamento, dell’alimentazione, del sonno, del pianto, non tanto in funzione della separazione, quanto il vivere in una situazione di discordia. Le reazioni del bambino variano in funzione del suo sviluppo psico-affettivo, la sua reazione principale è l’ansia o l’angoscia, un aumento della frequenza dei lamenti ipocondriaci. Particolare è la situazione del bambino figlio di madre nubile o con problemi: da vari studi (Launaj) sembra che quando la madre viene lasciata sola o rifiuta ogni aiuto, il bambino vive una situazione di abbandono o trascuratezza, mentre se è seguita dai servizi sociali, la qualità delle cure e l’ambiente affettivo contribuiscono ad uno sviluppo normale del bambino.

Un dato significativo e sempre in aumento è rappresentato dalla presenza del bambino immigrato; la condizione dell’immigrato dà luogo, in termini epidemiologici, ad un fattore di

rischio non dissociato dalle condizioni socio-economiche precarie. In particolare a Roma risulta, da una ricerca effettuata dal Comune, che circa un terzo dei minori in affido è straniero.

In relazione all'età, il rischio patologico si pone in settori differenti. Nella prima infanzia sembra prevalere la patologia di carenza sia somatica che psicologica. Durante il periodo cosiddetto di latenza sono in primo piano le difficoltà scolastiche ed infine nell'adolescenza, i contrasti di identità sono accentuati dalla realtà di biculturalismo e spiegano una parte delle difficoltà.

Un discorso a parte meritano le malattie acute e croniche del bambino. Le reazioni del bambino, in questi casi, vanno considerate rispetto alla fascia d'età; prima dei tre, quattro anni non percepisce la "malattia" mentre è sensibile alla separazione, all'ospedalizzazione e alle aggressioni subite.

Green ha descritto "la sindrome del bambino vulnerabile" nei bambini che nel primo anno di vita hanno attraversato un periodo critico per la sopravvivenza. Tale sindrome è caratterizzata essenzialmente da un'intensa e persistente fissazione passiva verso la madre. Anche nei gravi casi di malattie o situazioni ad evoluzione fatale, il bambino dai zero ai tre anni non ha una comprensione totale della possibile morte, ma percepisce essenzialmente le sensazioni e i sentimenti delle persone che costituiscono l'ambiente intorno a lui.

Questi brevi e sintetici cenni sulle condizioni psicopatologiche e sanitarie ci devono far riflettere sull'adeguatezza della condotta terapeutica, che deve essere soprattutto preventiva vista la fascia d'età.

Nella prima infanzia la prevenzione consiste nel provvedere ad un adeguato sviluppo fisico e psico-motorio del lattante e nell'individuare il più precocemente possibile le turbe che possono essere preliminari di una patologia ulteriore (come i segni precoci della psicosi infantile).

Le scelte del trattamento terapeutico possono essere molteplici e possono dirigersi sia sul bambino, sia sul nucleo di origine, ove sia possibile.

Sul bambino l'azione terapeutica può essere duplice: da un lato l'azione è sul comportamento sintomatico attraverso rieducazioni diverse, una pedagogia adatta e se è necessario un approccio farmacologico; dall'altro l'azione è sulla struttura psicopatologica soggiacente attraverso una terapia psicologica adeguata.

La scelta terapeutica può anche centrarsi sulle interazioni e sulle dinamiche familiari.

Fondamentale è la sperimentazione del bambino in un ambiente familiare adeguato, sereno e sano e la possibilità di curare e prevenire ulteriori stati patologici grazie al miglioramento della qualità dell'ambiente e la sua influenza diretta sul bambino.

Accanto a questo è importante sottolineare che soprattutto per i bambini portatori di handicap fisici e psichici, è necessario il trattamento terapeutico rivolto alla condotta sintomatica. Tra questi vanno menzionati: la rieducazione ortofonica, psicomotoria, psicopedagogica e il rilassamento.

Per quanto riguarda infine, il bambino sieropositivo particolare attenzione è posta al quadro clinico iniziale e all'età d'insorgenza della patologia, in quanto nel periodo che va da zero a sei mesi è possibile la riconversione o negativizzazione. Questi dati, oltre ad essere rilevanti nella predisposizione del trattamento terapeutico idoneo, rivestono particolare importanza nell'elaborazione del progetto socio-educativo individuale.

## 2. CENNI SULLA PRIMA INFANZIA

In questo paragrafo verranno sintetizzate le caratteristiche delle fasi dello sviluppo del bambino nella prima infanzia, in sintonia con la metodologia educativa adottata da “Il girotondo”.

Il bambino, secondo Gesell, appena nato non fa molto. Dormire, mangiare ed emettere suoni occupano gran parte del giorno e della notte. Tuttavia, nonostante l'apparente assenza di abilità percettive e cognitive, il bambino appena nato può discriminare colori, odori e sapori e con queste capacità rudimentali precoci inizia a percepire il mondo che lo circonda, acquisisce la capacità di muoversi intenzionalmente e di sviluppare relazioni sociali con le persone che gli sono vicine. Queste aree di competenza sono i compiti più importanti nella prima infanzia.

A sei mesi il bambino sembra avere esperienza del mondo fisico come gli adulti, quando si muove le cose non cambiano di grandezza e di forma e rivolge lo sguardo verso le fonti sonore in modo accurato. Man mano che apprende ad usare il suo apparato percettivo, egli diventa più abile a fare delle cose e ad agire sul mondo. Le tappe di sviluppo delle abilità motorie sono piuttosto uniformi. In media i bambini sono capaci di girarsi su se stessi intorno ai tre mesi, di sedere senza supporto a sei mesi e di camminare da soli fra gli undici e i tredici mesi. (Shirley). Naturalmente queste età sono indicative e i margini sono piuttosto ampi.

Il fattore più importante che determina l'andamento delle tappe è la maturazione della muscolatura, del sistema nervoso e delle ossa.

Nel primo anno di vita i bambini raggiungono il controllo motorio e percettivo di se stessi e di alcuni aspetti del loro mondo e instaurano forti attaccamenti sociali con le loro madri e le altre persone vicine. Da quel momento fino a quando iniziano ad andare a scuola, i bambini acquisiscono le abilità e i concetti fondamentali e imparano a destreggiarsi nel loro mondo fisico e sociale.

Il primo anno di vita è un periodo critico nella formazione del basilare senso di fiducia negli altri (Erikson). I sentimenti di una persona nell'ambito dell'attaccamento sociale sono in gran parte radicati nelle esperienze sociali del primo anno di vita, fra le più importanti di queste esperienze ci sono quelle con le madri e con chi si prende cura di loro.

L'attaccamento madre-bambino ha tradizionalmente ricevuto maggiore attenzione da parte di numerosi studiosi e ricercatori; basti pensare ai lavori di Bolwby, Spitz, Winnicott per intuire facilmente che sono disponibili più informazioni su tale legame; tuttavia l'attaccamento del bambino al padre o ad altre figure di “adulto allevante” può essere altrettanto forte.

L'idea di fondo è che un adulto dovrebbe possedere le capacità per sviluppare un rapporto adeguato con il bambino, sganciandole dal supporto biologico del ruolo materno.

Secondo Camaioni queste capacità sono essenzialmente il saper osservare il comportamento del bambino, il saper interpretare i suoi segnali, il saper fornire le risposte giuste nei tempi e nei modi giusti. In sintesi queste capacità definiscono un modello di adulto allevante che può essere la madre, il padre o l'educatore d'infanzia.

Come asserisce Lézine “l'educazione del bambino piccolo in una collettività ben organizzata permette di assicurare al bambino un buono sviluppo delle sue capacità motorio-posturali e dei meccanismi dell'intelligenza in formazione, garantendogli nello stesso tempo un buon equilibrio socio-affettivo, a condizione, naturalmente, che si ricorra ad un personale formato bene, cosciente dei bisogni diversi dei bambini, in funzione della loro crescita”.

Le teorie più influenti riguardanti lo sviluppo della personalità e lo sviluppo sociale si devono a S. Freud che parla dell'esistenza di fasi psicosessuali, ad Erikson che parla invece di fasi psicosociali nello sviluppo dall'infanzia alla vecchiaia e a Bandura con la teoria dell'apprendimento sociale.

Lo sviluppo psicosessuale include la graduale acquisizione della propria identità in quanto uomo o donna. L'idea centrale è che le energie di una persona sono focalizzate su parti del corpo diverse durante le fasi dello sviluppo. La bocca è la zona primaria investita di



energia libidica e l'attività orale è quella privilegiata; ciò avviene sin dalla nascita con la suzione e successivamente con l'esplorazione degli oggetti per via orale. L'energia libidica intorno ai due, tre anni si sposta alle aree di evacuazione, il bambino infatti prova piacere a trattenere ed espellere le feci, siamo nella cosiddetta fase anale. Durante la fase fallica o genitale che si ha dai tre ai quattro anni, allorché le bambine e i bambini sono alle prese con la loro attrazione sessuale e sentimentale nei confronti del genitore di sesso opposto: il centro dell'energia libidica si sposta agli organi genitali. A cinque anni è la volta del periodo di latenza, che dura fino alla pubertà. L'attenzione è concentrata in questo periodo sullo sviluppo sociale e intellettuale. Scopo ultimo è il raggiungimento della genitalità, un'identificazione certa con il genere cui la persona appartiene e la capacità di amare qualcuno di sesso opposto.

E. Erikson ha arricchito la teoria a stadi di Freud aggiungendo delle fasi psicosociali. L'autore vede ciascuna fase come un periodo nella vita di una persona in cui devono essere risolte certe crisi fondamentali. Per l'età che ci interessa più, in particolare, afferma che durante il primo anno di vita, il bambino deve risolvere la crisi legata ai suoi sentimenti di fiducia/sfiducia verso il mondo e le altre persone. In questo modo dà la prima impronta alle risposte che fornisce al mondo che lo circonda. Durante il secondo e il terzo anno di vita, il bambino continua ad imparare, ad adeguarsi e a controllare il mondo; deve risolvere però un secondo conflitto, tra un senso di autonomia e la tendenza alla vergogna, tipica di una personalità debole e insicura. Si instaura un conflitto fra le esigenze di esplorazione, di indipendenza e la dipendenza di base dai genitori. Se tale conflitto si risolve positivamente, il bambino sviluppa un senso di competenza personale e di fiducia nelle proprie capacità di controllare attivamente il proprio destino. Tra il quarto e il quinto anno di vita, invece, il bambino è alle prese con un terzo conflitto che lo porterà a tendere verso l'iniziativa o il senso di colpa.

Bandura e altri teorici dell'apprendimento sociale hanno proposto una spiegazione dello sviluppo del ruolo sessuale facendo uso dei concetti di rinforzo e di imitazione. Secondo tale teoria i bambini imitano i genitori o gli adulti che si occupano di loro e quindi le "influenze ambientali" sono importanti forgiatrici dei ruoli sessuali.

Vanno menzionati infine gli studi di J. Piaget sullo sviluppo cognitivo e concettuale del bambino.

Il bambino non deve solo sviluppare una personalità di tipo adulto e una comprensione adulta delle relazioni sociali, ma deve anche acquisire le modalità di pensiero e le capacità che sono proprie degli adulti.

Piaget postula che, nello sviluppo cognitivo, il bambino attraversa una serie di stadi. Il primo stadio è quello sensomotorio che va dalla nascita ai due anni; il bambino comincia a distinguere tra sé e il resto del mondo. Comincia ad organizzare le sue esperienze, il primo passo nella formazione di una condotta intenzionale. Acquisisce il concetto di permanenza dell'oggetto e impara che le azioni hanno delle conseguenze, causa ed effetto. Il secondo stadio preoperatorio, va dai due ai sette anni, in questo periodo nasce la capacità di ricordare e prevedere. Il bambino comincia ad usare i simboli per rappresentare il mondo esterno. Il periodo è permeato dall'egocentrismo, il bambino ha difficoltà a comprendere il punto di vista altrui e non è in grado ancora di capire la reversibilità degli eventi, il suo pensiero è, infatti, irreversibile, non sa rifare un tragitto mentale per giungere ad una conclusione.

La conoscenza teorica delle fasi di sviluppo del bambino e l'esperienza in merito, da parte di chi lavora giorno dopo giorno con i bambini all'interno della casa, consente di capire la realtà operativa con i piccoli ospiti, le cui tappe di sviluppo non sono sempre in armonia con quelle sopra esposte, a causa delle loro esperienze pregresse. Solo dopo aver verificato la fase di sviluppo del bambino si può progettare il suo graduale recupero da effettuarsi nella casa dove è temporaneamente ospite e soprattutto nel suo successivo domicilio.

### **3. METODOLOGIA EDUCATIVA: LA COMUNITA' COME "LUOGO ECOLOGICO PER BAMBINI E ADULTI"**

La realtà di una struttura come il Girotondo, che accoglie bambini provenienti da esperienze di vita difficili per un periodo non prolungato, non è certo quella di un asilo nido o di un'altra struttura con carattere di residenzialità e permanenza nel tempo, sente però l'esigenza di dare un supporto di tipo teorico al suo lavoro con e per i bambini.

La metodologia educativa adottata da "il Girotondo" fa riferimento agli scritti e ai costrutti teorici del metodo "Montessori", che offre degli spunti di riferimento e può aiutare ad impostare il lavoro con i bambini.

La filosofia dell'educazione del bambino cui questo metodo si ispira consente di porre l'attenzione sulle virtualità innate dell'infanzia e sulle sue capacità di sviluppo in condizioni ambientali di amore e di libertà, le sole in grado di portare per mano il bambino verso le frontiere dell'autocostruzione della propria personalità. Il bambino, in quest'ottica, aspira a vivere in un contesto socio-educativo che favorisce la libertà, l'autonomia, il rispetto per la propria individualità. L'obiettivo educativo è quello di aiutare il bambino a crescere esplorando il mondo intorno a lui. Per raggiungere tale obiettivo è necessario che la sua personalità maturi in un ambiente cognitivamente stimolante, reso tale con l'uso di adeguati strumenti e materiali didattici, mentre sul piano affettivo necessita di un clima tranquillo e sereno.

La proposta educativa di Maria Montessori è innovativa perché restituisce al bambino il ruolo di protagonista del proprio sviluppo fin dalla nascita e ridimensiona l'adulto da sempre giudice e protagonista; sottolinea, inoltre, la necessità per il bambino di crescere imparando a fare ed agire in prima persona e con le proprie mani. Il principio Montessoriano che è di sfondo al lavoro ne "il Girotondo" è quello "dell'educazione indiretta", ed è il bambino stesso protagonista della propria formazione. Non si agisce direttamente sul bambino, ma sulla situazione globale in cui si trova e quindi sullo spazio fisico, sugli oggetti e sull'atteggiamento degli adulti. La richiesta dei bambini, agli adulti, in questo contesto è "Aiutami a fare da me", la risposta dell'adulto è "Ti sono accanto, ma non mi sostituisco a te".

#### **4. IL BAMBINO NELLA SUA GLOBALITÀ: IL RUOLO DELLA COMUNITÀ EDUCATIVA**

Secondo L. Luttazzo, (atti del convegno giugno 2006) “il bambino quando nasce deve costruire il proprio apparato psichico e per farlo ha bisogno che ci siano delle figure di riferimento che lo tengano in mente. La mente del bambino per essere efficiente deve poter svolgere un lavoro di costruzione, non lo può fare se non si trova in una condizione favorevole di contenimento ed ha bisogno di un'altra mente che svolga questo lavoro.

All'inizio il suo apparato psichico è nucleare e la sua condizione è di continuità con il mondo. Alla nascita si esprime solo attraverso i bisogni che, secondo Harlow, non coincidono solamente con il soddisfacimento della fame e della sete, con l'igiene personale e di ciò che riguarda semplicemente il corpo, ma anche con i bisogni di sicurezza e di calore.

Luttazzo, partendo dal principio di Winnicott della madre sufficientemente buona che è quella madre che riesce a capire in ogni momento a che punto deve arrivare lei e a che punto il bambino può fare da solo, mutua l'esempio dicendo che l'ambiente sufficientemente buono è un ambiente che riesce a fare qualcosa di analogo a quello che riesce a fare la madre.

La continuità è quel elemento che permette al bambino di riconoscere se stesso mentre cambia. Questo senso di continuità va costruito, se manca e viene sostituito da una sensazione di discontinuità, l'esperienza che il bambino fa è un'esperienza di disorientamento. All'inizio è la madre a fornire continuità al bambino, pian piano il bambino riesce ad assumerla su di sé e da ciò deriva la costruzione del suo apparato psichico”.

La continuità di cui il bambino ha bisogno nell'ambiente in cui vive quotidianamente è la stessa continuità che dovrebbe essere offerta al bambino ospite di una comunità educativa.

La comunità infatti, vista con gli occhi dei bambini, è una situazione pseudo-familiare dove è possibile crescere in modo attivo e autonomo e dove ci sono degli adulti che fungono da stimolo e sostegno a questo processo.

Il bambino che arriva nella comunità, sia subito dopo la nascita, direttamente dalla maternità, sia dopo un soggiorno più o meno lungo in ospedale o presso altre situazioni, sia a seguito di carenze o maltrattamenti nella sua famiglia, ha già un passato doloroso e sul suo avvenire pesa l'incertezza. Ad ogni modo lui ha bisogno di un'atmosfera che lo aiuti a trovare sicurezza e benessere, una situazione non solo accogliente e calda, ma anche stabile, nella quale possa integrarsi, prendere confidenza e strutturarsi. È necessario dunque un luogo di qualità dove si aiuti il bambino a superare la separazione, ma anche che gli assicuri una vita quotidiana ricca, condivisa con gli adulti che si interessano profondamente a lui, al suo benessere fisico, affettivo e al suo sviluppo. È necessario un luogo che permetta a ciascun bambino di crescere, che gli garantisca la possibilità di ricostruire un legame con la sua famiglia o di integrarsi in una nuova.

Malgrado il carattere transitorio del tempo di soggiorno, il ruolo della comunità non è semplicemente di assicurare un posto al bambino, dove possa trascorrere il tempo di attesa di un'altra situazione risolutiva, ma deve essere un luogo “terapeutico” ed avere un senso per il bambino e per i suoi genitori.

La comunità educativa è uno spazio di accoglienza che si fa carico del bambino in maniera individuale e particolare.

Il bambino è trattato fin dall'inizio come un soggetto partecipante, in costante evoluzione, con i suoi bisogni che cambiano in funzione del suo sviluppo. La buona qualità delle cure fornisce la garanzia che questi bisogni vengano soddisfatti e che egli conosca il sentimento di sicurezza e di confidenza legato a delle esperienze positive nei diversi aspetti della sua vita quotidiana così che egli riesca a superare con successo le difficoltà e le frustrazioni incontrate.

Nella vita dei bambini piccoli separati dalla loro famiglia, uno dei punti più dolorosi e uno dei freni al loro sviluppo è la mancanza di stabilità e del sentimento di “continuità dell'essere”. È infatti la continuità, la stabilità che dà al bambino la possibilità di trovarsi in

uno stato di sicurezza tale da consentirgli uno sguardo verso il mondo esterno che egli cercherà di conoscere.

Ogni volta che un bambino passa da un posto all'altro, tutto si modifica intorno a lui: gli oggetti, le persone, il modo di vivere, le abitudini. Il suo passato viene spezzato, il bambino è perduto. Per garantire tale sentimento di sicurezza, tutti i luoghi che accolgono il bambino devono essere pensati per assicurare la continuità della sua vita.

Nell'educazione dei bambini separati dalla famiglia, una delle condizioni primordiali della prevenzione delle carenze affettive è lo sforzo costante per evitare i cambiamenti ripetuti di persone che intervengono su di lui, per eliminare i contatti superficiali e le cure depersonalizzate che sono responsabili della mancanza di sicurezza in sé, del ritardo intellettivo e delle turbe della personalità.

Una delle garanzie fondamentali per un buon sviluppo psico-fisico dei bambini che vivono in comunità, è la continuità e la qualità delle relazioni tra bambino e adulto.

Per garantire tale continuità, al girotondo il rapporto educatore/bambino è di 1 a 4 o 5 bambini e il lavoro educativo viene costantemente monitorato, attraverso le riunioni d'equipe, gli interventi di formazione e autoformazione, supervisione e aggiornamento.

## **5. METODOLOGIA OPERATIVA DE “IL GIROTONDO”**

### ***5.1 Fase di accoglienza***

Dal momento in cui un bambino entra nella struttura, gli operatori orientano i primi interventi all'accoglienza e all'osservazione.

La fase di accoglienza consiste nell'ammissione immediata del bambino in difficoltà, segnalato dai Servizi Sociali competenti, nell'appartamento dove troverà in ogni momento del giorno e della notte persone qualificate che lo accolgono. Unico criterio di ammissione è il limite di età compreso tra i 0 e 6 anni non compiuti (età prescolare).

Immediatamente successiva al momento di accoglienza è la fase di osservazione. Durante questa fase gli operatori non prendono iniziative di intervento se non di contenimento, quando necessario, limitandosi ad una vicinanza osservativa per indagare sulle abitudini e sul disagio (come mangia, come dorme, come si muove, come gioca, ecc.); tale osservazione viene effettuata in un ambiente che è caratterizzato dai seguenti elementi:

1. una forte offerta di rapporti capaci di stimolo;
2. un ambiente capace di ascolto della realtà espressa ed inespressa del bambino;
3. un ambiente dominato dalla chiarezza della relazioni affettive che il bambino stabilisce.

È in questa fase che il bambino viene sottoposto ad una visita medica generale e specialistica, qualora se ne ravvisi la necessità, effettuata dal consulente sanitario della struttura. Nei casi in cui siano necessari ulteriori accertamenti sanitari, questi verranno effettuati presso i Presidi ospedalieri di zona.

È compito del medico aprire una scheda sanitaria che viene aggiornata costantemente, dopo ogni visita medica; ogni significativo elemento sullo stato di salute del bambino, evidenziato in fase di accoglienza o durante la permanenza nella struttura, viene segnalato ai Servizi Sociali competenti e, qualora sia presente, alla famiglia di origine.

In alcuni casi il bambino in tale fase iniziale può essere sottoposto ad una serie di test psicodiagnostici per verificare le tappe dello sviluppo psicomotorio. Questi interventi medici e psicologici specifici possono avere anche lo scopo di accelerare sbloccare lentezze burocratiche, e/o di sollecitare provvedimenti giuridici a favore del bambino.

Dopo aver accolto il minore e avergli garantito il diritto ad essere tutelato nella casa, la psicologa responsabile della struttura, l'assistente sociale che funge da coordinatore, in collaborazione con il servizio Sociale e con la Magistratura Minorile, elabora un progetto socio-educativo ovvero un piano di trattamento individuale. Tale piano comprende l'anamnesi familiare, sociale, sanitaria e psicologica, tenuto conto dei dati presentati dal servizio sociale sulla situazione di disagio del minore e le cause dell'allontanamento dal nucleo d'origine, si individuano gli obiettivi da raggiungere, i tempi, i modi e i mezzi necessari al raggiungimento degli stessi e i criteri di verifica.

### ***5.2 Fase di permanenza***

Pur tenendo sempre in primo piano il presupposto della temporaneità della permanenza, la casa dei bambini vuole comunque garantire al bambino una risposta adeguata e qualificata sul piano psico-sociale, educativo e familiare. Durante la permanenza il bambino viene sottoposto settimanalmente ad una visita pediatrica, necessaria al controllo della sua crescita.

Rispetto al rapporto con la sua famiglia d'origine ci si atterrà alla prescrizione dell'autorità giudiziaria o dei Servizi Sociali.

Lo sviluppo armonico del bambino è garantito dall'organizzazione della casa che anche da un punto di vista strutturale è adeguata all'esigenze dell'età. Gli spazi e gli arredi sono creati in conformità ai criteri di sviluppo psico-fisico dei bambini.

I ritmi di vita quotidiana sono diversificati in base all'età del bambino.

Al bambino piccolo, nel periodo che va da zero a otto mesi, viene garantita la stabilità delle figure significative di riferimento che provvedono alle cure di "maternage" quotidiano, affinché abbia la possibilità di sviluppare la sicurezza in sé e nell'altro.

Gli educatori in base alla metodologia educativa di riferimento aiuteranno il bambino piccolo a conoscere il suo corpo e il mondo intorno a lui, rispondendo ai disagi causati dalla fame, dalla sete e dal sonno.

Il momento ludico ruoterà essenzialmente sul gioco di conoscenza del proprio corpo e del corpo dell'educatore che avrà il ruolo di "adulto allevante".

Per i bambini di età compresa fra gli otto e i quindici mesi, data la naturale tendenza al movimento e all'esplorazione spaziale, le attività sono soprattutto di movimento per imparare a camminare e a manipolare, toccare gli oggetti intorno a lui.

La stessa attenzione, al momento evolutivo, viene mantenuta anche durante la routine giornaliera: mentre il bambino mangia, mentre lo si cambia o lo si lava, ecc.

Per i bambini più grandi, la metodologia educativa è centrata sulla promozione della "cultura del gioco" attraverso il quale favorire processi di creatività, di socializzazione e di autonomia.

### ***5.3 Fase di dimissione***

Essa è curata e realizzata in collaborazione con i servizi sociali competenti e con le famiglie di origine, affidatarie o adottive. I motivi per cui il bambino viene dimesso dalla struttura possono essere i seguenti:

**a** - rientro nella sua famiglia di origine qualora si siano superate le difficoltà che hanno determinato l'allontanamento.

**b** - Affidamento a una famiglia affidataria (parenti o terzi).

**c** - Adozione.

È una fase che viene considerata come particolarmente delicata in quanto è il momento in cui il bambino vive ancora una volta la separazione e il distacco, pertanto segue il seguente iter metodologico:

**a** - collaborazione alla selezione delle famiglie candidate all'affidamento o all'adozione;

**b** - supporto alle figure genitoriali naturali;

**c** - supporto ai nuclei candidati all'affidamento e all'adozione.

Tutto questo viene realizzato nel rispetto delle disposizioni delle Autorità Giudiziarie.

Tali momenti di conoscenza, selezione, filtro e supporto psico-sociale vengono realizzati attraverso incontri individuali, di coppia e di gruppo, anche nei locali de "il Girotondo", dalla psicologa e dall'assistente sociale in collaborazione con i servizi territoriali.

Si ritiene prioritario e fondamentale che il passaggio si verifichi in maniera molto graduale; nei casi in cui per il minore si valuti necessario l'affidamento o l'adozione, si ritiene che i futuri genitori sperimentino un periodo di convivenza nella Casa.

In questo caso vengono strutturati momenti di vita comunitaria, del nucleo famiglia/bambino, e la figura di riferimento del bambino segue questo percorso delicato, ponendosi un po' per volta sullo sfondo e permettendo l'instaurarsi di un rapporto tanto speciale, quanto delicato tra il piccolo e la sua nuova famiglia. Particolare attenzione viene rivolta al "dopo dimissione": l'équipe continua a seguire il bambino nel nuovo domicilio, in conformità con le linee progettuali concordate con i servizi sociali coinvolti. Il bambino non

interrompe così il contatto con “il Girotondo”, ma il suo rapporto continua con visite, telefonate, soggiorni sia del minore nell'appartamento che da parte degli educatori della struttura presso il nuovo domicilio.

In questo modo si garantisce il diritto ad avere un punto di riferimento per il bambino nei momenti di maggiore difficoltà, e di essere tutelato in caso di un “rifiuto” da parte del nucleo familiare.

## 6. IL PROGETTO EDUCATIVO

Il progetto educativo del gruppo appartamento “il Girotondo” ruota intorno a tre cardini:

- il ruolo degli educatori;
- i bisogni dei bambini;
- l’ambiente predisposto nei particolari.

Un progetto così articolato ha influenza nei confronti delle potenzialità infantili e costituisce un preciso aiuto alla indipendenza personale.

Fin dalla nascita, grazie ad una continua e instancabile esplorazione sensomotoria, ogni bambino delinea un proprio disegno formativo, unico e originale.

Nei primi tre anni di vita esprime con forza il desiderio di conquistare la realtà intorno a sé e servirsene per esprimere se stesso per comunicare, secondo scelte e ritmi indipendenti dall’adulto.

Le ricerche psicologiche sulla prima infanzia mettono in discussione alcune immagini del bambino visto come semplice ricettore, senza caratteristiche definite e quindi modellabili.

Il modello più diffuso nelle istituzioni infantili è quello “direttivo” centrato sulle abilità razionali dell’adulto, promotore guida diretta dei bambini, visti come piccoli, oggetti di coccole continue, bisognosi di aiuti e stimoli continui.

Il progetto de “Il Girotondo” riconosce, invece, ad ogni età competenze originali e capacità autoformative. Quindi si privilegia nella quotidianità l’attenzione al singolo teso ad un’autonomia i cui tempi di conquista sono personali e non prevedibili. In considerazione a queste riflessioni l’ambiente è organizzato perché ogni bambino possa scegliere, sperimentare, smettere, ricominciare, secondo il proprio ritmo.

L’adulto propone il meno possibile, è contenitore delle ansie del bambino e facilita la capacità di ognuno di polarizzare la propria attenzione.

La realizzazione di tale progetto educativo è possibile con una organizzazione del lavoro, che privilegia un tempo settimanale di riflessione insieme (da parte dello staff educativo) sul metodo di lavoro, ma anche grazie all’osservazione costante di tale strumento.

Il nostro scopo è quello di promuovere una migliore qualità della vita dei bambini che fin dalla nascita vengono provati da esperienze traumatiche, di rottura affettiva e potenzialmente disgregati sul piano dello sviluppo psicologico.



## **7. LA RICERCA E LA CRESCITA DEI BAMBINI**

### ***7.1 Il bambino nel gioco e nelle cure quotidiane***

L'attenzione al pensiero Montessoriano, nel tempo si è ampliata e oggi l'idea guida del nostro lavoro segue, anche, l'esperienza significativa che si svolge da oltre trenta anni all'istituto di Loczy a Budapest, e che fa riferimento agli studi di E. Pikler (pediatra) e attualmente A. Tardos (psicologa) che ha saputo porsi con un particolare orientamento al lavoro con piccoli bambini in Istituto.

L'ipotesi di base dell'intero progetto psicologico è che il bambino è in grado, fin dalla nascita, senza alcun aiuto esterno, di percorrere da solo tutto lo sviluppo motorio e di conquistare le relative abilità. Di conseguenza è superfluo che l'adulto intervenga in tale processo allo scopo di accelerarlo (esempio mettere carponi il bambino quando questi non può ancora farlo da solo, porlo a sedere quando non è capace, alzarlo in piedi quando non è in grado di farlo). Tale intromissione non è benefica in quanto non si permette al bambino di conquistare nuove posture e abilità motorie seguendo il proprio ritmo di sviluppo e la propria iniziativa, ma si interviene con interferenze e sollecitazioni che alterano il normale processo di esplorazione e di scoperta che il piccolo va compiendo, inducendo una dipendenza, un'attesa, una richiesta di aiuto "al fare" che sono del tutto innaturali (A. Tardos).

Secondo tale approccio dare autonomia al movimento in un clima di protezione e di attenzione costante consente all'adulto, proprio perché i bambini sono autonomi, di dedicarsi ad ognuno di loro in modo completo e personalizzato.

Durante il gioco il bambino prova piacere nell'essere attivo. Nasce una curiosità all'ambiente circostante, sia nel corso delle sue interazioni con l'adulto, sia durante il gioco.

Durante l'attività libera il bambino sperimenta varie forme di attenzione: la loro presenza è segnale di equilibrio e fonte di sviluppo. L'adulto non interviene se non richiesto dal bambino, e gode di una posizione privilegiata di osservatore; ma proprio partendo dall'osservazione del bambino, predispone via via l'ambiente e gli stimoli più idonei al suo sviluppo.

Durante il bagno e il cambio: in questi momenti l'interesse concreto dell'adulto per il bambino provoca in lui un piacere di esprimersi, che sarà più grande quanto più gli viene lasciata libertà. L'intensa comunicazione tra il bambino e l'adulto consente al piccolo di progredire nella presa di coscienza di sé e si conferma nella relazione con l'altro. Il momento delle cure è molto importante; la concentrazione dell'educatrice che parla al bambino, che attende la sua risposta verbale, che gli mostra gli oggetti, che aspetta che l'altro capisca, stabilisce una forma di comunicazione e di attenzione tale da mostrare effetti significativi nella salute mentale e fisica dei bambini (cosiddetti deprivati), e nella loro armoniosa capacità di interesse e di relazioni con l'altro.

Durante il pasto: si attende che la richiesta parta dal bisogno del bambino e non si preconfeziona una risposta alimentare uguale per tutti. I più piccoli prendono il latte nella loro stanza, l'educatrice è seduta in una comoda poltrona e pone l'attenzione unicamente al piccolo che mangia, in un ambiente silenzioso e accompagnato con gesti e parole l'atto che si va compiendo insieme.

Le prime pappe vengono sperimentate con il bambino seduto in braccio all'adulto, che lo aiuta ad avvicinarsi a questa conquista, gradualmente e senza fretta. Si passa sul seggiolone quando il bambino conosce i nuovi alimenti, e fin dall'inizio al bambino viene proposto l'uso del cucchiaino per provare a mangiare da solo, e mentre il bambino diventa progressivamente più abili, l'adulto progressivamente limita il suo aiuto consentendo al bambino di fare da solo. Già all'età di un anno i bambini siedono al tavolo su piccole sedioline e partecipano alla predisposizione della tavola e alla consumazione del pasto. L'adulto è accanto, invita a fare e aiuta laddove è indispensabile, il pasto diventa un momento di intensa partecipazione e gioia.

## *7.2 La qualità delle relazioni*

Nella comunità si sottolinea l'importanza di una relazione intima e personale per lo sviluppo e la serenità dei bambini.

L'organizzazione è pensata per fare sviluppare nel gruppo rapporti affettuosi tra bambini e tra bambini e adulti.

Partendo dal presupposto che un bisogno fondamentale del bambino è la sicurezza affettiva, che si può ottenere attraverso la costruzione e il sostegno di relazioni interpersonali stabili, continue, intime e calorose tra il bambino e un numero ristretto di adulti ben conosciuti e una relazione affettiva privilegiata che è denominata figura di riferimento.

Tale figura svolge funzioni importanti:

- gestire l'inserimento del bambino nella comunità;
- facilitare la separazione della famiglia di origine, mantenendo la relazione con la stessa (laddove è possibile) aiutando il bambino a tenere il ricordo della sua storia.
- favorire lo sviluppo del pensiero e del linguaggio.

Il periodo trascorso in comunità è breve, ma segnato da grandi possibilità di crescita e cambiamenti, sia dentro, sia intorno al bambino.

L'educatrice di riferimento annota queste delicate fasi e passaggi, tiene nella memoria la storia del bambino e poi, attraverso un diario personale, fatto di foto, frasi e ricordi che costituiscono la storia della sua vita fino a quel momento, lo restituisce al bambino e alla sua famiglia definitiva, al momento della dimissione del piccolo dalla comunità.

In questo modo, le educatrici seguono talmente da vicino i "loro" bambini che arrivano a conoscerli molto bene, aumenta così anche la loro soddisfazione personale, mentre i bambini vivono un'esperienza significativa di relazione affettiva positiva con l'adulto.

I bambini sono lasciati liberi di interagire con gli altri bambini, scegliendo ogni volta con chi stare e cosa fare.

È sorprendente osservare come bambini così piccoli stabiliscono relazioni amicali molto intime e scelgono "il compagno" preferito. Le relazioni spontanee sono favorite dal clima e dall'atteggiamento degli adulti.

## **8. PROGETTI EDUCATIVI INDIVIDUALIZZATI**

Per ciascun bambino che viene accolto nella casa viene elaborato un progetto educativo individualizzato.

A questo progetto si arriva dopo aver raccolto l'analisi familiare, sociale, psicologica e sanitaria del bambino, dopo aver compreso la sua storia e solo a seguito di una delicata fase di osservazione del piccolo ospite nell'ambiente del gruppo appartamento. Una prima riflessione viene condivisa dal responsabile con l'educatrice di riferimento del bambino.

È lei che mantiene integro il percorso del bambino dal "prima" al "dopo" trattenendo tutti gli elementi che lo aiuteranno anche in seguito a seguire il filo conduttore della sua vita.

È lei che redige il diario del bambino che poi passerà alla famiglia definitiva. È quindi la persona più attenta a cogliere i bisogni del bambino, le sue richieste e la sua evoluzione.

Le osservazioni individuali vengono poi arricchite e confrontate con quelle effettuate dal resto dell'équipe e solo allora si inizia a delineare chi è quel bambino e cosa si può fare per lui in quel momento.

Tutto questo materiale viene poi elaborato in un secondo momento, con i riferimenti dei servizi sociali incaricati (psicologi e assistenti sociali) e vengono integrati dai decreti e prescrizioni del Tribunale dei Minori, arrivando così a definire più compiutamente i compiti di ciascun partner nel progetto (gruppo appartamento, servizi sociali, Tribunale dei Minori e famiglia di origine) rispetto alla realizzazione degli obiettivi individuali nel progetto medesimo con l'indicazione di tempi, modalità e delle strategie operative, nonché della verifica del medesimo.

Si fa riferimento da qualche tempo ad un modello di progetto educativo condiviso da tutte le strutture che accolgono i minori, proprio per garantire un'omogeneità di intervento, conservando però la creatività e la specificità di ciascun progetto.

## 9. MODALITA' DI LAVORO

Tutti i casi sono sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria da parte del Tribunale dei Minorenni e affidati ai servizi sociali territoriali; alcuni sono stati segnalati dallo SPIS.

I motivi di inserimento in struttura sono riconducibili all'incapacità dei genitori di prendersi cura del bambino, a causa di :

- tossicodipendenza;
- di alta conflittualità e violenza all'interno del nucleo familiare o sul minore;
- di problemi psichiatrici dei genitori o di gravi problemi psicologici;
- problemi di indigenza come per i nomadi e i senza fissa dimora;
- ragazze madri straniere senza permesso di soggiorno.

Spesso queste problematiche sono coespresenti designando proprio il nucleo familiare come multiproblematico.

Ad ogni ammissione fa seguito l'avvio di una stretta collaborazione con i servizi sociali che hanno segnalato il caso, assistenti sociali e psicologi, più spesso entrambe le figure professionali appartenenti ai GIL (gruppi di lavoro integrato tra Municipi e Asl), per la predisposizione di un piano di intervento a breve e medio termine.

La situazione familiare dei bambini inizialmente è sempre molto confusa, così come è poco chiaro il tipo di intervento da fare. Come già esposto, le problematiche presenti nelle famiglie di origine sono già note in letteratura e vedono la coesistenza di disagi psicosociali, come bassa cultura e scolarità, basso reddito economico, difficoltà di inserimento di nomadi e extracomunitari, tossicodipendenza, presenza di disturbi psichiatrici e psicologici.

Le condizioni fisiche dei bambini sono all'inizio piuttosto precarie e prevalgono disturbi diversi: sieropositività al virus dell'Hiv, epatite, tubercolosi, disturbi neuropatici, denutrizione e tracce di violenza fisica sul corpo. Dopo un primo periodo di osservazione e lasciando un tempo di ambientamento al bambino, vengono effettuati dei ricoveri in regime di Day Hospital al Bambin Gesù che consentono una diagnosi più precisa e un trattamento adeguato del bambino.

Le condizioni psichiche non sono meno significative: provenendo spesso da ospedali o da altre comunità, molti bambini presentano una storia di istituzionalizzazione con sintomatologie molto precise, mentre i bambini provenienti dalle famiglie portano in più tutto il trauma della separazione dalle figure affettive per loro significative. In tutti i casi il primo periodo è connotato da una fase di agitazione psicomotoria e pianto prolungato a cui fa seguito un periodo di depressione del tono dell'umore, una incapacità di rispondere agli stimoli esterni, assenza di sorriso, sguardo triste e fisso nel vuoto che denota il tentativo del bambino di "fuga dalla situazione stressante".

È difficile delineare per ogni bambino lo sviluppo psicologico iniziale, ma spesso si presentano in una fase evolutiva inferiore all'età cronologica, con delle stereotipie del comportamento e un rifiuto verso nuove relazioni.

Nei lattanti e nei più piccoli abbiamo riconosciuto questo rifiuto nella difficoltà espressa nell'alimentazione e nel sonno agitato o nel rifiuto delle cure dirette da parte degli educatori.

La vita di relazione e lo sviluppo della socializzazione sembrano danneggiati: in un primo periodo i bambini rifiutano tutto e tutti o viceversa, si attaccano in maniera esasperata ad ogni mano, comunque, esprimono la loro sofferenza ed il bisogno di essere contenuti e compresi.

All'inizio abbiamo potuto osservare che può esserci un peggioramento della situazione già descritta, a cui fa seguito un netto miglioramento già dopo 2/3 settimane di permanenza. Infatti, migliora il tono dell'umore, inizia una vivace fase di conoscenza ed esplorazione dell'ambiente e degli stimoli offerti, si regolarizzano i ritmi sonno-veglia, il ritmo alimentare e quello igienico.

Permangono per più tempo le stereotipie comportamentali, mentre l'intenso lavoro svolto in comunità consente un graduale e rapido recupero delle tappe di sviluppo psicomotorio; i tempi più lunghi sono necessari per quei danni fisici e neurologici che compromettono le autonomie del bambino.

Al lavoro svolto direttamente con il bambino (cure dirette, attività educative, uscite esterne etc...), si affianca il lavoro svolto con il gruppo educativo. Tale lavoro è rivolto alla condivisione degli obiettivi e del metodo adottato nel progetto di intervento, e alla gestione delle complesse dinamiche psicologiche che emergono a contatto con "l'infanzia abbandonata e deprivata" e nel lavoro quotidiano all'interno della comunità.

Il sostegno psicologico individuale e di gruppo è un lavoro costante e costituisce un'attività di base in un servizio residenziale.

## **10. COMPETENZE ED INTERVENTI DA DI TUTELA DEL MINORE DA PARTE DELLE AUTORITÀ GIUDIZIARIE E DEI SERVIZI**

Il minore in stato di grave abbandono e trascuratezza richiede interventi di tutela così come previsto dagli articoli dal 330 al 336 del Codice Civile e dalla legge n. 184/83 da parte delle autorità giudiziarie competenti.

Gli articoli del Codice Civile attribuiscono al Tribunale per i minorenni il potere di intervento, accertamento e decisione, (su ricorso del Pubblico Ministero Minorile e dei parenti interessati), nei casi di comportamento dei genitori “pregiudizievole” per i figli.

A seconda dell’entità del pregiudizio, i rimedi previsti possono andare dalla limitazione della potestà dei genitori, alla decadenza degli stessi dalla potestà. Nei casi in cui viene pronunciata la decadenza della potestà genitoriale, il T.M. dispone la nomina di un tutore provvisorio per il minore (che è diventato privo di rappresentanza giuridica).

La tutela come anche la curatela sono strumenti che l’autorità giudiziaria (Giudice Tutelare) può usare per curare e tutelare gli interessi dei minori, i cui genitori siano morti o, come già accennato, siano decaduti dall’esercizio della potestà.

In base all’art. 354 del c.c. “la tutela di minori, che non hanno nel luogo del loro domicilio parenti conosciuti o capaci di esercitare l’ufficio di tutore, può essere deferita dal giudice tutelare a un ente di assistenza nel comune dove ha domicilio il minore o all’ospizio in cui questo è ricoverato. L’amministrazione dell’ente o dell’ospizio delega uno dei propri membri ad esercitare le funzioni di tutela”. In molte circostanze, proprio in base agli artt. 22, 23, del 616/77, che attribuiscono ai Comuni competenze a favore dei minorenni soggetti a provvedimenti dell’ambito giudiziario (nell’ambito di provvedimenti civili ed amministrativi) il deferimento della tutela di queste categorie di persone viene assegnato al Sindaco del Comune di residenza, o del Presidente dell’ASL, o responsabile legale di Ente Assistenziale. Questi può a sua volta delegare l’Assessorato ai Servizi Sociali. Nei fatti, è l’assistente sociale che svolge le funzioni del tutore, di cui all’art. 357 c.c.

Nel momento in cui arriva la segnalazione (Forza Pubblica, Servizi Sociali Territoriali, ospedale, famiglia etc...) il Tribunale, che deve sempre sentire i genitori contro i quali viene emesso il provvedimento, può accertare la situazione e ricercarne i rimedi tramite indagini di Servizio Sociale effettuate dal Servizio Sociale del Comune o del Servizio Materno infantile delle ASL, ma può anche avvalersi dei Carabinieri ovvero di altri servizi specialisti delle ASL (DSM, SERT) e delle strutture Universitarie (Istituti di Neuropsichiatria Infantile, Facoltà di psicologia). In alcuni casi, particolarmente complessi, può essere disposta la nomina di un consulente tecnico d’ufficio (Psichiatra, Neuropsichiatria Infantile) ovvero di un Collegio di Periti anche multidisciplinare.

Il fine dell’indagine è quello dell’elaborazione di un progetto evolutivo per il minore e la sua famiglia da svolgersi all’interno di questa.

Nella fase diagnostica si cerca infatti di individuare che tipo di impedimento o di interferenza nei processi maturativi e di sviluppo del minore si siano verificati.

Nella fase di trattamento, preceduto da un progetto delineato dai professionisti che assieme al giudice hanno partecipato agli accertamenti, si tenta di attuare interventi protettivi per i quali è necessario considerare la variabilità dei comportamenti umani (anche adattivi al disagio), per inventare soluzioni non sempre precostituite e mai sicuramente efficienti a priori.

In certe condizioni può essere opportuno limitare la potestà dei genitori attraverso l’ingresso del Servizio Sociale o del Servizio Materno Infantile, all’interno del nucleo familiare, per dare direttive, prescrizioni o semplicemente per un sostegno, una consulenza ed un orientamento alla famiglia che sia in grado di migliorare o raggiungere un’idoneità genitoriale con l’ausilio di un supporto (economico, ass. domiciliare, psicoterapia, etc...).

L'attribuzione di funzioni di vigilanza e di controllo sul funzionamento di una famiglia ai Servizi Locali può costituire una limitazione di potestà finalizzata al monitoraggio su famiglie a rischio, in funzione di un eventuale intervento immediato del Tribunale o degli stessi Servizi, qualora si verificano situazioni pregiudizievoli per i minori.

Può essere necessario proteggere il minore a rischio allontanandolo dal proprio contesto familiare per un collocamento provvisorio in una struttura di pronta accoglienza per accertare le reali situazioni di disagio in cui si trova e ponderare nel più breve tempo possibile alternative più valide e stabili ad esempio l'affidamento familiare e l'adozione.

## **11. L'ALLONTANAMENTO DEL MINORE DALLA FAMIGLIA E IL COLLOCAMENTO TEMPORANEO IN UNA STRUTTURA DI ACCOGLIENZA QUALI INTERVENTI DI PROTEZIONE**

L'allontanamento temporaneo del minore dalla famiglia d'origine e il collocamento in una struttura diventa necessario ed indispensabile quando si deve tutelare il suo benessere psicofisico. Questa disposizione deve essere considerata solo uno strumento funzionale al migliore e definitivo reinserimento all'interno della famiglia e non come obiettivo.

Un intervento di tutela del minore che viene allontanato dalla propria famiglia comporta due dimensioni che devono trovare integrazione: la protezione immediata e il progetto.

Si tratta di due poli che caratterizzano un intervento corretto, quello della protezione più orientato al presente, quello del progetto più interessato al futuro.

La protezione è un intervento mirato a togliere un minore da una situazione di danneggiamento o grave rischio; è un intervento sollecito che ha valore quanto più vicino alla rilevazione della situazione di pregiudizio; è un intervento temporaneo che deve durare il tempo necessario al ripristino di una situazione di normalità.

La protezione è una dimensione necessaria ma non è assolutamente sufficiente a garantire al minore uno sviluppo accettabile della sua vita futura.

È solo il progetto che si occupa di costruire per il minore una possibilità di vita migliore di quella che ha causato l'allontanamento.

Ma per un minore che ha la sua storia e le sue radici nella famiglia in cui è nato e cresciuto fino al momento del suo allontanamento e che in essa, nel bene e nel male, intesse rapporti che segneranno per sempre la sua interiorità, il progetto non può non partire dalla considerazione e dall'analisi delle cause del disfunzionamento familiare che ha portato alla separazione. Di lì occorre muoversi e dalla valutazione delle risorse residue che la famiglia originaria cela sotto disagi, a volte clamorosi.

Nei casi in cui il minore debba essere allontanato dalla propria famiglia in condizione d'urgenza, specie nei casi di maltrattamento o di grave trascuratezza o in cui si prospetta una situazione di abbandono, la risorsa corretta è una struttura di pronto intervento che ha due caratteristiche positive: è subito disponibile e comporta una permanenza ridotta, che permette e insieme stimola gli operatori a definire un progetto. È importante che la struttura di accoglienza garantisca la protezione immediata del minore, senza predefinire esplicitamente o implicitamente una scelta progettuale per la quale mancano, al momento dell'urgenza, le informazioni necessarie. In particolare per la fascia di età 0 – 3 anni la collocazione alternativa in una struttura residenziale a lunga permanenza è assai rischiosa, così come lo sono per altri versi la collocazione d'urgenza in affidamento eterofamiliare o quella in una piccola comunità educativa. Nella struttura che protegge il minore occorre: accogliere, confortare e rassicurare; tutelare il minore dagli stessi genitori; osservare il rapporto genitori bambino, monitorare tale rapporto; preparare il futuro.

Ciò deve accadere in sintonia e in collegamento costante col servizio sul territorio e con l'équipe di valutazione della famiglia originaria, affinché siano omogenei e sia mantenuta l'unità progettuale.

Ciò implica un continuo raccordo funzionale tra: il gruppo appartamento e i servizi territoriali che segnalano le situazioni o che per competenze specifiche sono chiamate a collaborare e la magistratura per il reperimento di un'immediata alternativa alla permanenza nella struttura tramite opportuna definizione giuridica o per l'elaborazione di un piano di trattamento adeguato sia nella fase di permanenza temporanea nel gruppo appartamento sia nella fase di realizzazione del percorso deistituzionalizzante in ossequi ai dettami della legge 184\83.

La valutazione è un processo a cui la famiglia può non volersi sottoporre spontaneamente. Pertanto essa va, come già accennato, disposta dal Tribunale per i Minorenni (o dalla Procura della Repubblica presso il T.M. che può emettere provvedimenti in via



provvisoria ed urgente) che, mediante decreto motivato, incarica i servizi sociali di procedere alla valutazione della famiglia anche servendosi di strutture specializzate.

L'intervento del T.M. in questo caso non si configura come sanzionatorio ma tutelante il diritto del minore ad avere una famiglia funzionante e il diritto della famiglia a cambiare.

L'intervento del Tribunale per i minori ha un grande valore, è centrale ed insostituibile nel progetto; essendo tutelante si qualifica positivamente soprattutto se precoce.

Se la valutazione si conclude positivamente si apre uno spazio per iniziare un trattamento di recupero della famiglia (rientro in famiglia o affidamento familiare); se si conclude negativamente la scelta si orienterà verso la sua sostituzione (adozione).

La presenza necessaria di più soggetti con compiti di tutela nei confronti del minore collocato temporaneamente presso una struttura di accoglienza prevede:

- la costituzione della rete degli operatori sul caso e la messa in comune della ricostruzione della storia del nucleo;

- la definizione dei compiti anche in riferimento a quanto dispone il decreto del T.M. (per es. controllo, sostegno, valutazione) e dei modi di collegamento; la previsione dei momenti di verifica;

- l'individuazione delle parti del progetto: dalla protezione del minore alla valutazione delle risorse della famiglia, al trattamento della stessa se la valutazione è positiva;

- la definizione dei tempi: quanto per costruire il progetto, quanto per gestirlo, valutare i tempi del minore specie in rapporto all'età e alle sue condizioni;

- la regolamentazione e la gestione dei rapporti tra genitori e minore allontanato;

- la gestione del rientro del minore in famiglia; la gestione dell'uscita definitiva del minore.

Il gruppo appartamento deve favorire e sollecitare l'intervento di coordinamento del referente principale, il Servizio Sociale Locale, che in base a determinati dispositivi di legge (R.D.L. 20 Luglio 1934 – artt. 22 23 e del D.P.R. 24 Luglio 1977 – 4 maggio 1983 n. 184), deve intervenire:

- a favore dei minori soggetti ai provvedimenti civili ed amministrativi dell'autorità giudiziaria;

- rispetto alla materia dell'affidamento familiare e delle adozioni.

Quanto più tempestivo è l'intervento coordinato ed integrato, tanto più si garantisce una reale tutela del minore.

Fondamentale è dunque stimolare anche al di là dei casi specifici questa integrazione, che si realizza attraverso una conoscenza reciproca dei rispettivi ruoli e competenze, la socializzazione e circolarità dell'informazione, gli incontri periodici fra i rappresentanti dei diversi servizi (gruppo appartamento, Servizi Territoriali e magistratura), l'elaborazione di comuni protocolli di percorso e di intervento, la stesura di comuni strategie generali d'intervento e di comuni modalità operative, le reciproche consulenze, la stesura di una relazione annuale sull'attività svolta in modo integrato.

### ***11.1 Istituto giuridico dell'affidamento e dell'adozione***

La materia è regolata essenzialmente dalla legge 184\1983, che pone in primo piano l'istituto della famiglia e l'interesse del minore.

Questa normativa nasce con l'obiettivo di assicurare al minore un ambiente culturalmente e affettivamente in grado di favorirne lo sviluppo psicofisico.

Gli istituti giuridici dell'affidamento familiare e dell'adozione partono da tale premessa.

Si sottolinea comunque che l'affidamento e l'adozione presentano diversità fondamentali tra loro, hanno solo un punto di contatto rispetto al momento di avvio delle due misure: in entrambe le situazioni il minore viene allontanato dalla sua famiglia di origine per essere inserito in un altro contesto familiare, la "temporaneità" è l'elemento distintivo tra i due istituti.

### ***11.2 Affidamento familiare***

Per affidamento familiare (disciplinato dagli artt. 1 – 5) s'intende l'inserimento di un minore presso una persona singola, una coppia, una famiglia, una comunità di tipo familiare, che lo accoglie e gli assicura per un determinato periodo di tempo uno sviluppo psicofisico adeguato alla sua età e ai suoi bisogni. All'interno di questa legge le situazioni nelle quali pare più adeguato ricorrere all'affido familiare sono quelle in cui, pur ritenendo valide il legame affettivo esistente tra minore e genitore, la reciproca convivenza è gravemente disturbata (ad es. incapacità educative di entrambe le figure genitoriali, malattie psichiatriche, stati di tossicodipendenza di uno o di entrambe le figure genitoriali, etc...), ma vi è l'ipotesi concreta di un positivo recupero di intervento sul nucleo d'origine, sul minore stesso e sull'ambiente sociale di riferimento.

Quando non è possibile formulare questa ipotesi bisogna perseguire la via della segnalazione per abbandono, via che può portare all'adozione del minore stesso da parte di un'altra famiglia; ciò anche in ottemperanza al dettato della specifica legge che all'art. 2 si riferisce espressamente al "minore temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo".

Esistono due tipi di affidamento: l'affido concordato e l'affido non concordato.

Il primo viene disposto dal servizio sociale con il consenso dei genitori del minore ed è reso esecutivo da un decreto del giudice tutelare. Nel secondo caso, dove manca il consenso dei genitori, provvede alla sua esecutività il Tribunale per i minorenni.

Nel provvedimento in affido vengono indicate le motivazioni e la presumibile durata (art. 4 n. 184\83).

L'Ente Locale deve vigilare sull'affidamento ed informare il giudice o il tribunale costantemente.

Una volta decorso il periodo di affidamento si presentano generalmente tre possibilità:

- a) il bambino rientra nella famiglia d'origine;
- b) la famiglia d'origine non ha ancora risolto i suoi problemi ma tutto fa supporre che la situazione sia provvisoria, per cui si affida ulteriormente il minore alla stessa famiglia o a un'altra;
- c) durante l'affido si è evidenziato un vero stato di abbandono perciò può essere disposta l'adozione nell'interesse del minore.

L'applicazione dell'istituto giuridico dell'affidamento deve essere frutto di un progetto ponderato in cui si fissino tempi, modi, periodo, vigilanza e che tenga conto di diversi elementi:

l'età del minore, le precedenti esperienze, il suo rapporto con la famiglia d'origine.

Ad esempio l'affidamento familiare è una decisione da ponderare attentamente per bambini al di sotto di 3 anni, data la particolare fase di sviluppo psicologico in atto.

Esso richiede un notevole impegno e sforzo di tutti i suoi protagonisti: minore, famiglia d'origine, famiglia affidataria, servizi, autorità giudiziaria.

Fondamentale è la presenza dei servizi territoriali che devono costituire i referenti principali dell'affidamento familiare, garantendo un sostegno e un contenimento adeguato in ogni sua fase, lavorando non solo sul minore ma anche sul nucleo d'origine: in caso contrario difficilmente l'affido può raggiungere esiti positivi.

Date le delicate dinamiche che un affidamento familiare genera (confronti, conflitti, pericolosi giochi di alleanza) e l'evoluzione stessa che può avere un affido (impossibilità di rientro in famiglia, stato di abbandono etc...), la legge prevede sempre la presenza di un giudice quale garante dei diritti delle persone coinvolte in tale sistema dinamico.

Alla base della difficoltà di applicazione dell'affidamento familiare vi è un'importante componente culturale rispetto all'odierno concetto di famiglia, che tende ad essere intesa oggi come un gruppo chiuso.

Di contro intendiamo sensibilizzare la comunità affinché si rinforzi il senso della solidarietà e si giunga ad un concetto di famiglia "aperta" che manifesti un reale interesse alle sofferenze degli altri e che nel momento di difficoltà comunichi i propri problemi ed accetti più naturalmente un aiuto da un'altra famiglia.

In conclusione, benché l'affidamento familiare costituisce oggi uno sforzo notevole, rappresenta una modalità diversa che, al contrario dell'istituzionalizzazione, comunque garantisce al bambino un ambiente che gli assicuri la possibilità di stabilire rapporti con validi modelli di riferimento e permette di stabilire profondi rapporti interpersonali, fondamentali per un sano sviluppo della personalità.

### ***11.3 Adozione***

Perché in Italia si proponesse una legge sull'adozione, si dovette arrivare agli anni sessanta, quando la pubblicazione delle ricerche di Bolwby sulle conseguenze della carenza materna e la traduzione degli studi di Spitz sull'ospedalizzazione riportarono d'attualità il problema dei bambini abbandonati. Da lì a poco venne fatta la proposta di legge di adozione speciale nel 1967.

L'adozione è l'unico strumento legale attraverso il quale si formalizza il definitivo allontanamento del minore dalla famiglia d'origine e si conferisce allo stesso un'altra famiglia.

L'adozione è una sentenza emanata dall'autorità giudiziaria, attraverso la quale si attribuisce al minore, dichiarato adottabile, una nuova famiglia. Con questa sentenza gli adottanti contraggono nei confronti dell'adottato tutti i diritti, doveri e obblighi che comporta la potestà genitoriale e viceversa l'adottato contrae nei confronti dell'adottante tutti i diritti, doveri e obblighi filiali.

Rimandiamo al titolo II della legge 184\1983 quanto concerne la procedura che va dalla dichiarazione dello stato di abbandono allo stato di adottabilità, all'affidamento preadottivo, alla definitiva adozione.

Questo strumento è da intendersi come esclusiva tutela e interesse del minore. In questo quadro, negli ultimi tempi, si è andata diffondendo la pratica di trasferire dal tribunale per i minorenni alle ASL e ai Comuni le attività relative alla selezione delle coppie che presentano domanda di adozione e le attività di sostegno-controllo nel periodo dell'affidamento preadottivo a favore e nei confronti della famiglia adottante, ciò in ottemperanza al disposto di cui all'art. 23 del DPR 616\1977.

Per la dichiarazione dello stato di adottabilità è indispensabile che vi sia una effettiva situazione di abbandono che si esprime in una grave mancanza di assistenza morale e materiale da parte dei genitori o di altre parenti che avrebbero dovuto provvedervi (art. 8).

L'abbandono è un fenomeno molto complesso soprattutto nei modi e nei tempi in cui si manifesta. Tale stato si evidenzia immediatamente nel caso del neonato non riconosciuto dai genitori ed abbandonato fisicamente; oppure in quello in cui i genitori siano deceduti e non risultino parenti entro il 4° grado disponibili ad accudirlo; quando i genitori "cedono" il bambino ad estranei, oppure quando, convocati, essi dichiarino di non volerne sapere e o di "rinunciare" al figlio minore.

Negli ultimi anni la situazione è diventata più complessa.

Accade sempre più spesso che i genitori esistano materialmente ma non siano in grado di assicurare le soglie educative minime, così come voluto dalla Costituzione. In questi casi le decisioni devono essere attentamente ponderate. Di fatto la diversità delle situazioni che si possono configurare come situazioni di abbandono, richiede una attenta valutazione della situazione del bambino nella sua famiglia, i suoi rapporti affettivi e l'aspetto educativo complessivo.

In conclusione gli interventi di tutela da parte delle autorità giudiziarie e dei servizi si attivano quando vi sono situazioni di rischio, pregiudizio ed abbandono.

L'interpretare e determinare il "rischio", il "pregiudizio", "l'abbandono" di un minore è un problema ad alta rilevanza sociale, dove oltre alla indeterminazione legislativa sull'interpretazione e definizione, emergono variabili molteplici: contesti sociali e culturali che si trovano all'interno di ambiti territoriali diversificati e le varie culture professionali di servizio di singoli operatori, di équipe di operatori, etc...

Il lavoro e la discussione di équipe professionali e interprofessionali su questi argomenti è importante per determinare collettivamente, in base ad esperienze lavorative e alla lettura comune del territorio, alcuni criteri discriminanti in base ai quali definire le situazioni di rischio e di pregiudizio e le situazioni in cui si reputa che il minore è in stato di abbandono.

L'agire professionale si deve rapportare alle specifiche peculiarità sociali, culturali, storiche ed economiche del territorio di riferimento.

Gli incontri periodici con le Autorità competenti sia su casi specifici che sui temi generali, oltre ad essere strumenti formativi e informativi reciproci per operatori e giudici, vanno nella direzione di costruire e possedere una lettura il più possibile comune del territorio, dei rischi, dei disagi ai quali è esposta la popolazione minorile dello stesso al fine di concordare alcune strategie per i minori in difficoltà.

# *I BAMBINI DE "IL GIROTONDO"*



*Ricerca su un campione  
di 180 bambini a dieci  
anni dall'apertura del  
Centro Comunale per  
l'infanzia "Il Girotondo"*

## 12. LA RICERCA

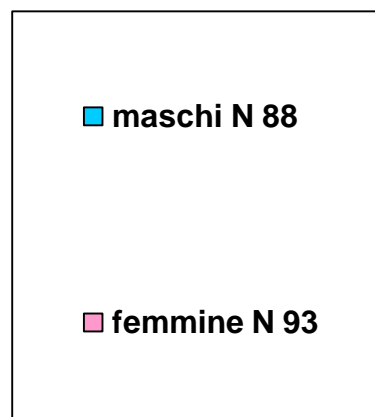
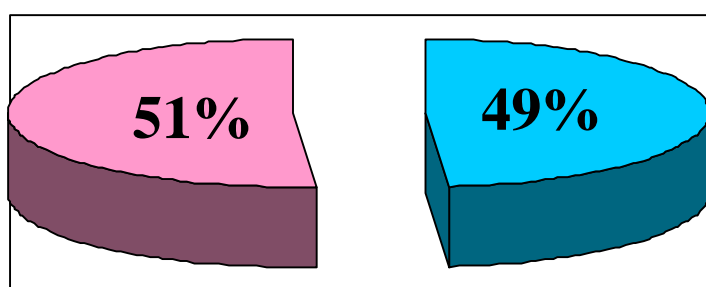
La ricerca è stata condotta dall'equipe del Girotondo prendendo in esame diverse fonti di dati:

- i dati di archivio delle cartelle di tutti i bambini transitati in casa-famiglia dal febbraio 1996 al febbraio 2006;
- i dati emersi dai colloqui e dalle visite al bambino e alla famiglia dopo la dimissione dal Centro, o dalle visite del bambino alla casa-famiglia;
- i dati emersi dai colloqui telefonici con i Servizi Sociali;
- i dati riportati dai corsi di *empowering* per genitori adottivi che si tengono dopo sei mesi circa che i bambini vengono accolti nella nuova famiglia.

Il campione è composto da 180 bambini, per ognuno sono stati considerati 11 indicatori: sesso, motivo dell'inserimento, problematiche sanitarie all'ingresso, tempo di permanenza, condizioni psico-fisiche durante il soggiorno in casa-famiglia, destinazione: tipologia dell'adozione e tipologia del rientro in famiglia, il follow up: valutazione della destinazione, interventi specialistici, condizioni psico-fisiche.

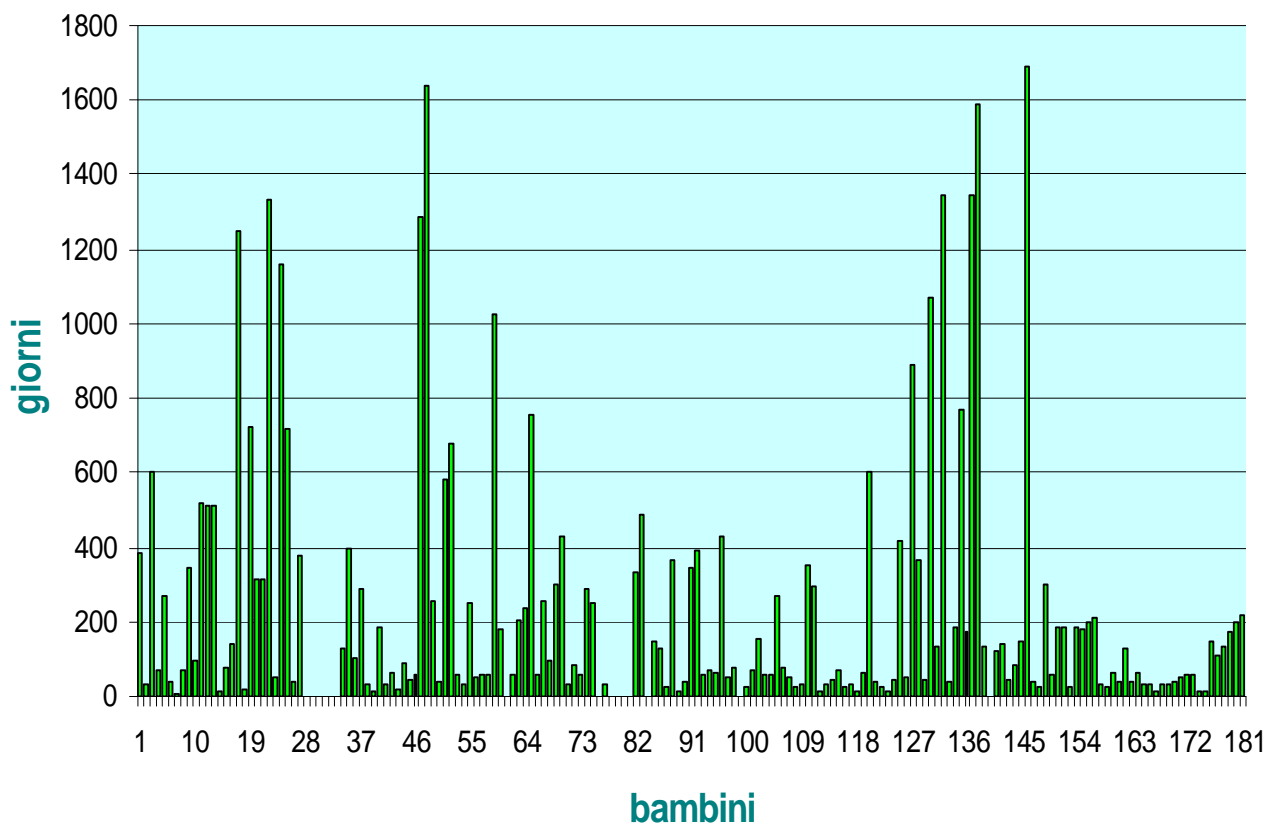
Valutando le problematiche sanitarie all'ingresso e le condizioni psico-fisiche del bambino durante il soggiorno in casa-famiglia è stato possibile realizzare un grafico da cui emergono i cambiamenti nel passaggio al Girotondo. Ugualmente è stato possibile visualizzare la valutazione dell'adozione e quella del rientro in famiglia.

### Sesso

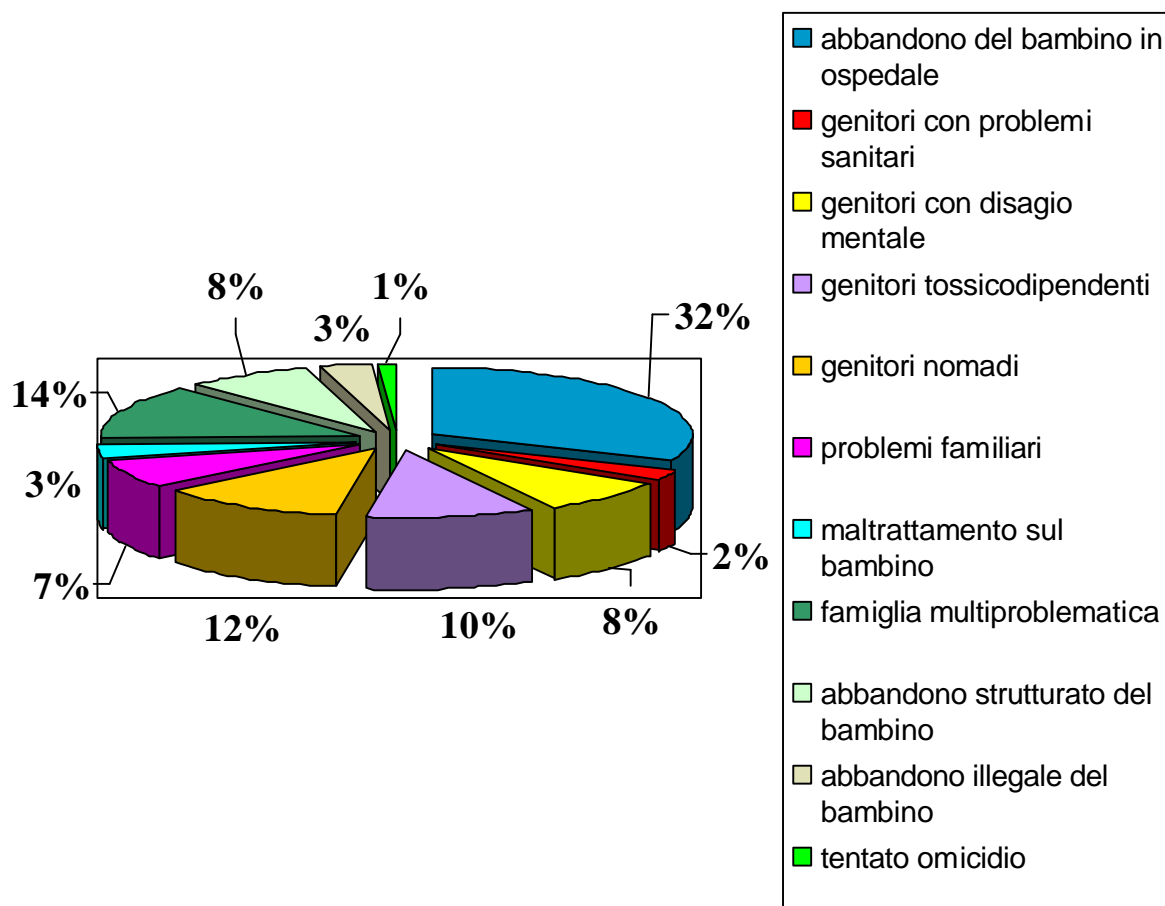


Come è possibile osservare dal grafico, non si può stabilire un'età media d'ingresso: la maggior parte dei bambini arriva in comunità tra pochi giorni di vita (arrivo dall'ospedale dove sono nati) e un anno circa. Tuttavia poiché la casa ospita tutti i bambini nella fascia pre-scolare, l'inserimento può avvenire, anche se con minore frequenza, a 2, 3, 4 anni.

## Età all'ingresso



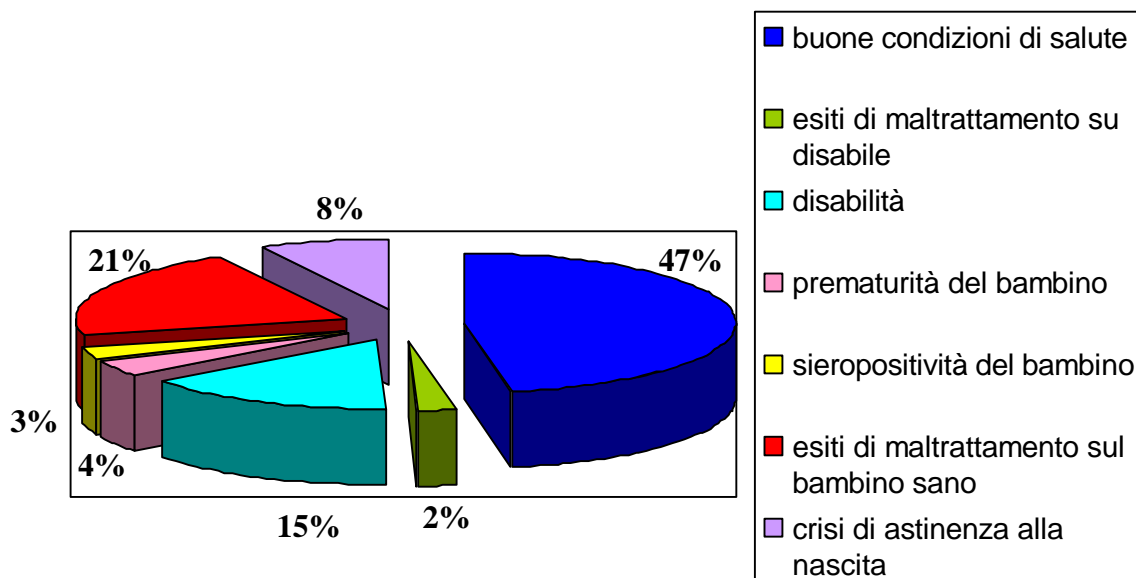
## Motivi dell'inserimento



Dalla ricerca emergono 57 casi di abbandono del bambino in ospedale (32%), con o senza riconoscimento; 24 casi di famiglie multiproblematiche (14%), in cui sono presenti più fattori critici; 21 casi di bambini nomadi (12%), che vivono quindi in condizioni socio-economiche precarie; 19 casi di genitori tossicodipendenti (10%); 15 casi di genitori con problematiche psichiatriche (8%); 14 casi di abbandono presso strutture (8%); 3 casi di famiglie con problematiche sociali, in condizioni per esempio di dover richiedere asilo politico (7%); 6 casi di maltrattamento (3%); 6 casi di abbandono in condizioni di pericolo (3%); 4 casi di genitori con problematiche sanitarie gravi, che mettono a rischio il bambino, (ad esempio malattie infettive non curate come la tubercolosi -2%); 2 casi di tentato omicidio (1 %).



## Problematiche sanitarie del bambino all'ingresso

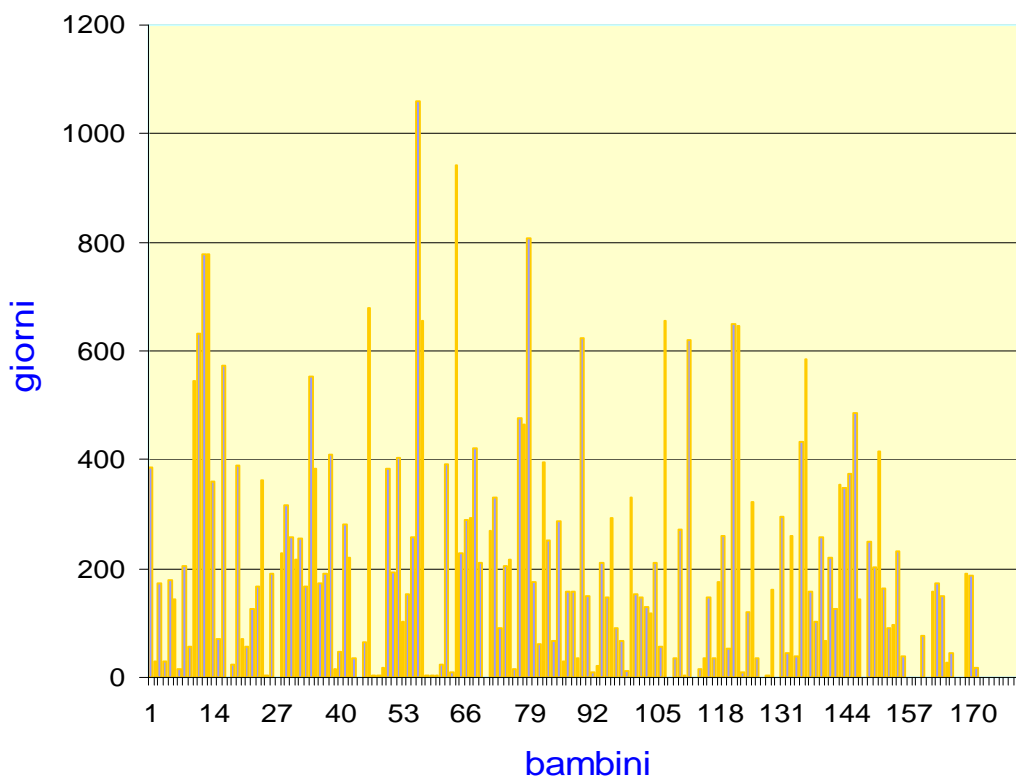


I bambini possono arrivare al Girotondo molto piccoli ma già vittime di violenze di varia natura. In questo caso osserviamo condizioni di denutrizione, ipotono, ritardo della crescita.

I bambini figli di madre tossicodipendente possono presentare la sindrome da astinenza neonatale, con alterazione del ritmo sonno-veglia, pianto continuo, nistagmo ottico, tremori e sudorazione eccessiva, difficoltà nell'alimentazione e disturbi del comportamento.

Un dato significativo in aumento è la presenza di bambini portatori di handicap fisici e sieropositivi per HIV (o che presentano tracce di anticorpi materni). A questa categoria si aggiungono i bambini nati prematuri, che manifestano disagi fisici e neurologici, non immediatamente diagnosticabili, per i quali non è possibile effettuare in tempi rapidi una prognosi precisa del successivo sviluppo.

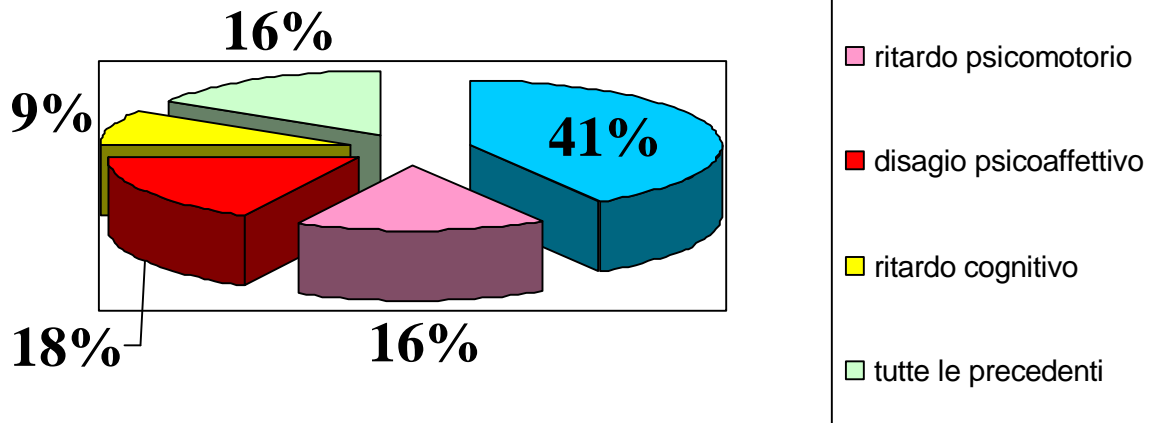
## Permanenza



In base ai dati sul tempo di permanenza dei bambini in casa-famiglia, che si attesta in media sui 7 mesi, sono possibili due ordini di considerazioni: la prima è che i bambini che restano più a lungo (3 anni in media) sono quelli che rientrano in casa-famiglia, dopo una prima dimissione a favore del rientro in famiglia, ed i bambini con disabilità o problematiche sanitarie: malformazioni, lesioni cerebrali, sieropositività (2 anni in media). Possiamo segnalare però che questi bambini, pur attendendo più a lungo, trovano in fine una famiglia adottiva che li accetti con tutte le problematiche del caso.

La seconda considerazione possibile è che, sui grandi numeri, la discriminante che può favorire un'uscita a breve termine è la situazione giuridica del bambino, piuttosto che la problematica specifica che ha determinato l'ingresso in comunità.

## Condizioni psico-fisiche durante il soggiorno in casa famiglia

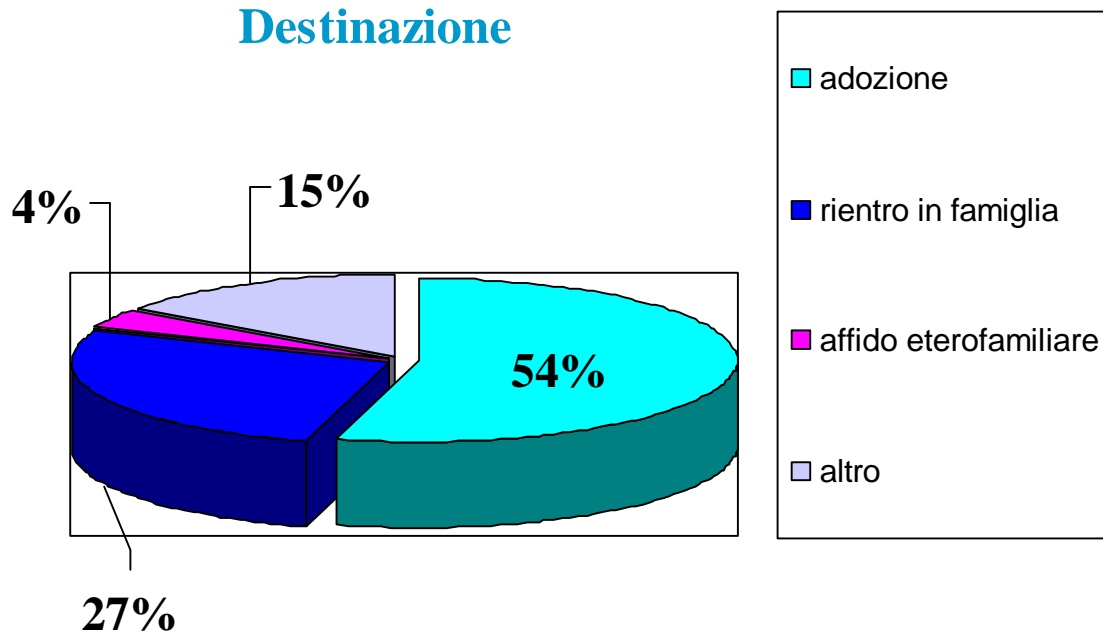


L'evoluzione psico-fisica di un bambino durante il periodo di permanenza in casa-famiglia può essere così sintetizzata:

- un iniziale periodo di crisi dovuto al distacco dalla famiglia di origine (qualora il bambino provenga dalla sua famiglia) e il disagio dovuto all'ambientamento;
- una fase di recupero delle energie psico-fisiche e di buon adattamento del piccolo alla casa, con un miglioramento nell'area sanitaria, psico-affettiva, di socializzazione e nello sviluppo cognitivo;
- una fase di lenta ma progressiva involuzione quando il tempo di permanenza supera i 6/12 mesi, soprattutto un intensificarsi del disagio psico-affettivo.

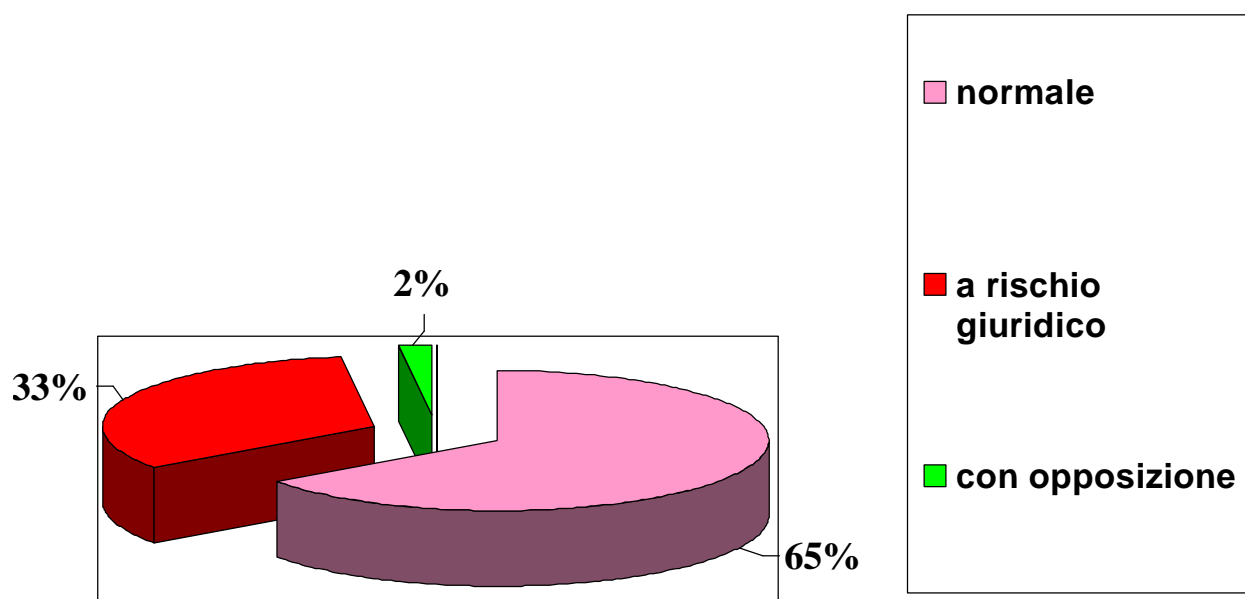
Sul campione considerato nel 41% dei casi le condizioni psico-fisiche sono appropriate all'età, nel 18% dei casi si è intensificato il disagio psico-affettivo; nel 16% dei casi si evidenzia un ritardo psico-motorio; il 9% dei bambini ha presentato un ritardo cognitivo, il restante 16% del campione ha riportato una concomitanza di tutti i fattori di ritardo. Questi dati sono strettamente collegati alla presenza di bambini disabili (15%) che sono stati valutati con gli stessi criteri psico-dignostici utilizzati per i bambini con uno sviluppo appropriato all'età (per esempio portatori di sindrome di Down, bambini cerebrolesi, o affetti da sindromi multiformi e degenerative dello sviluppo ecc.. ).

## Destinazione



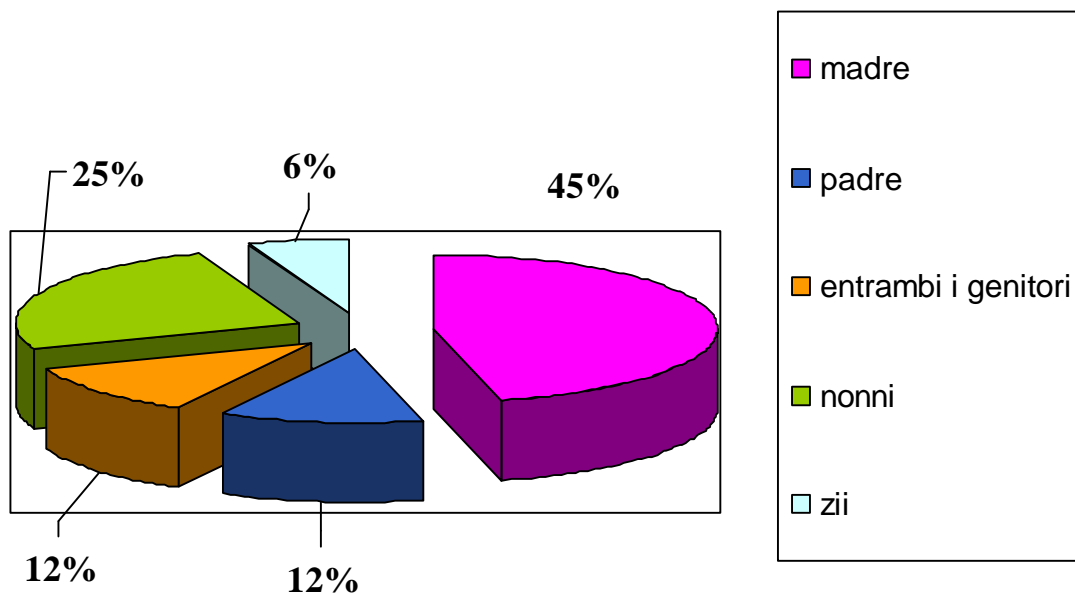
Il destino dei bambini vede possibile varie strade: il rientro in famiglia (nel 27% dei casi), laddove ci siano condizioni che, seppur con il sostegno e la vigilanza dei Servizi, permettano al nucleo di origine anche allargato ai nonni, o ad uno solo dei genitori, di prendersi cura in modo adeguato del figlio; l'affidamento temporaneo ad altra famiglia (nel 4% dei casi) e l'adozione nel 54% dei casi. Altre destinazioni sono le comunità che accolgono i bambini insieme alla madre (come le comunità per donne tossicodipendenti con figli) o strutture sanitarie nel caso di patologie gravi che richiedono continuo intervento medico (nel 15% dei casi).

## Tipologia dell'adozione



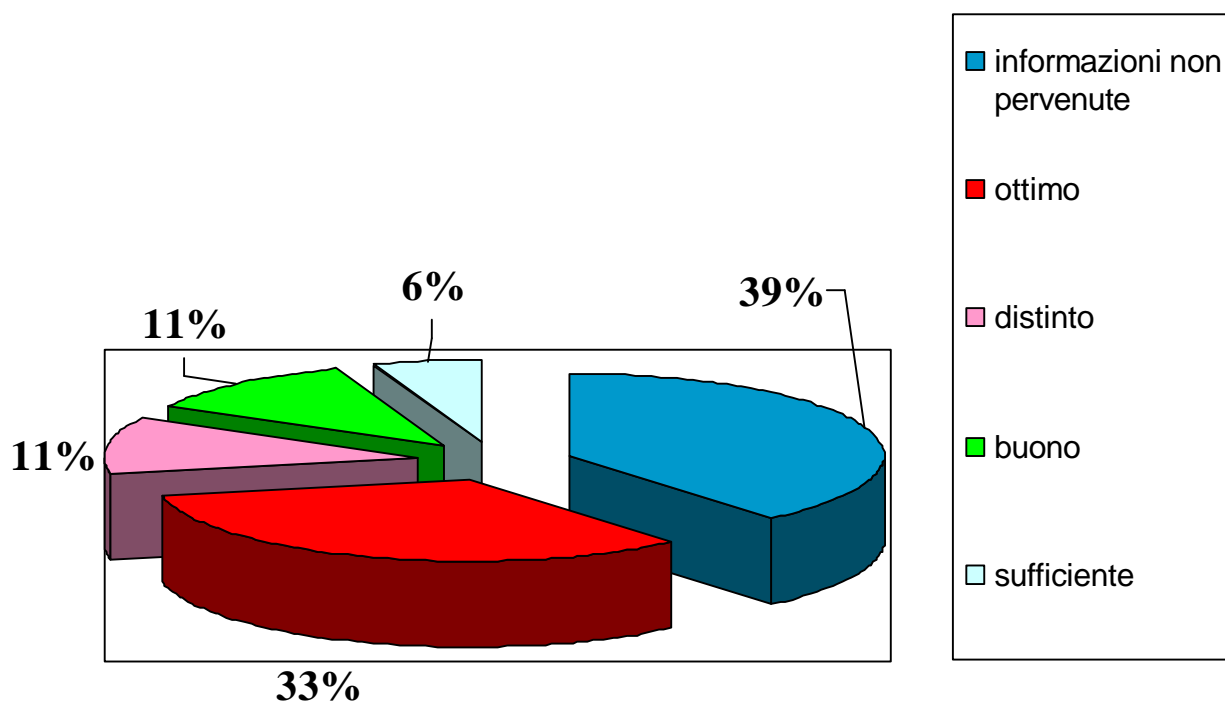
Per “tipologia di adozione” abbiamo considerato: una adozione “normale”, ovvero che presenta fin da subito un carattere di affidamento preadottivo (nel 65% del campione, considerato nei 10 anni, anche se questa tipologia era più frequente fino a qualche anno fa); una adozione a rischio giuridico (nel 33% del campione), che presenta da subito questa condizione per il bambino e necessita di famiglie disponibili a convivere con una situazione di precarietà; una adozione dove è già certo lo stato di opposizione della famiglia di origine al decreto di adottabilità del bambino (nel 2% del campione), che si verifica solo nei casi di necessità urgente per il bambino stesso.

## Tipologia di rientro in famiglia



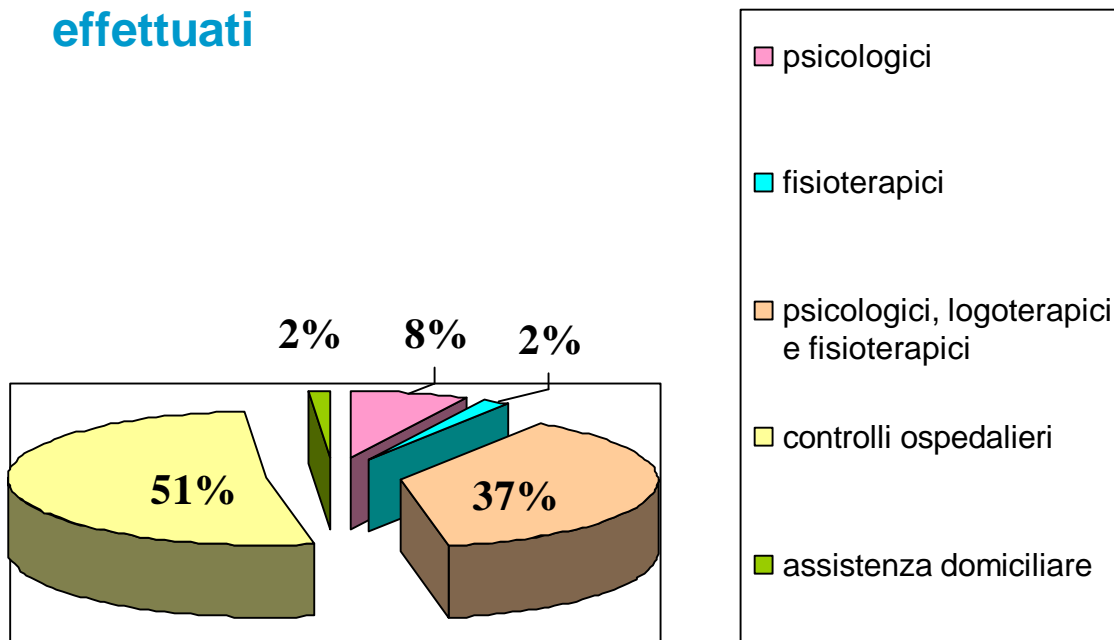
E' rientrato in famiglia il 27% del campione. Per "Tipologia di rientro in famiglia" si intende che il bambino, dopo una opportuna frequentazione dei propri familiari, torna a stare con la propria madre nel 45% dei casi considerati; nel 12% dei casi è tornato con il padre, e un altro 12% di bambini è tornato insieme a madre e padre. Il 25% dei bambini considerati è andato a stare con i nonni e il 6% con gli zii. In tutti questi casi è stato chiesto ai Servizi Sociali competenti del territorio di continuare a vigilare sulle condizioni psico-socio-educative del minore, sostenendo le famiglie e informando il Tribunale sull'evoluzione delle situazione.

## Follow-up della destinazione dei bambini



Lo studio del follow up è stato condotto con vari strumenti di indagine: colloqui e visite al bambino e alla famiglia dopo la dimissione dal Centro, o visite del bambino alla casa-famiglia; colloqui telefonici con i Servizi Sociali; corsi di *empowering* per genitori adottivi che si tengono dopo sei mesi circa che i bambini vengono accolti nella nuova famiglia. Nel 33% dei casi le informazioni pervenute sono da riferire ad ottime condizioni per il bambino e la famiglia, nell'11% dei casi sono state valutate come distinte, in un altro 11% la valutazione è buona mentre un 6% ha una valutazione sufficiente. Nel 39% dei casi di cui non abbiamo notizia rientrano bambini che vivono oggi all'estero, bambini che sono stati riaffidati ad una famiglia nomade, famiglie di origine o adottive che non hanno mantenuto alcun contatto.

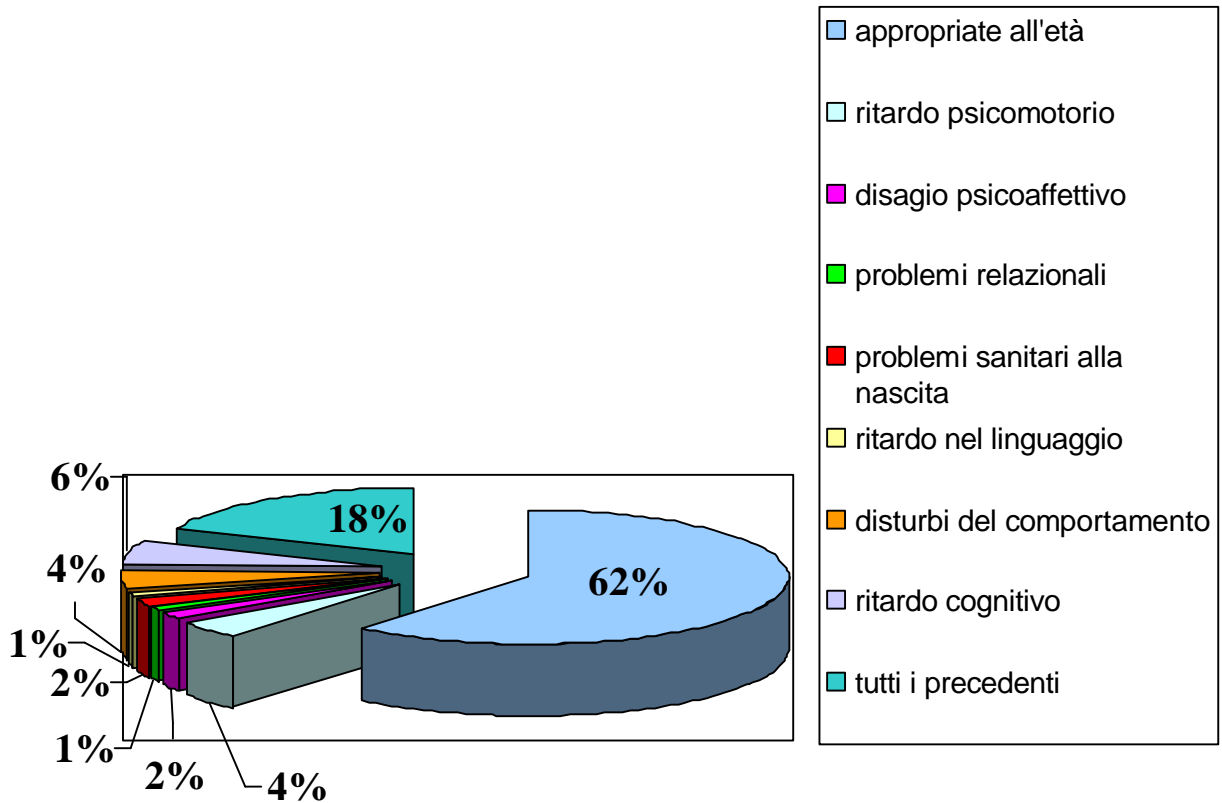
## Follow-up: interventi specialistici effettuati



Il 51% delle famiglie ha effettuato i controlli medici di routine, il 37% ha iniziato o continuato ad usufruire di prestazioni specialistiche come logoterapia, fisioterapia (2%) o psicoterapia (8%), il 2% ha richiesto assistenza domiciliare.

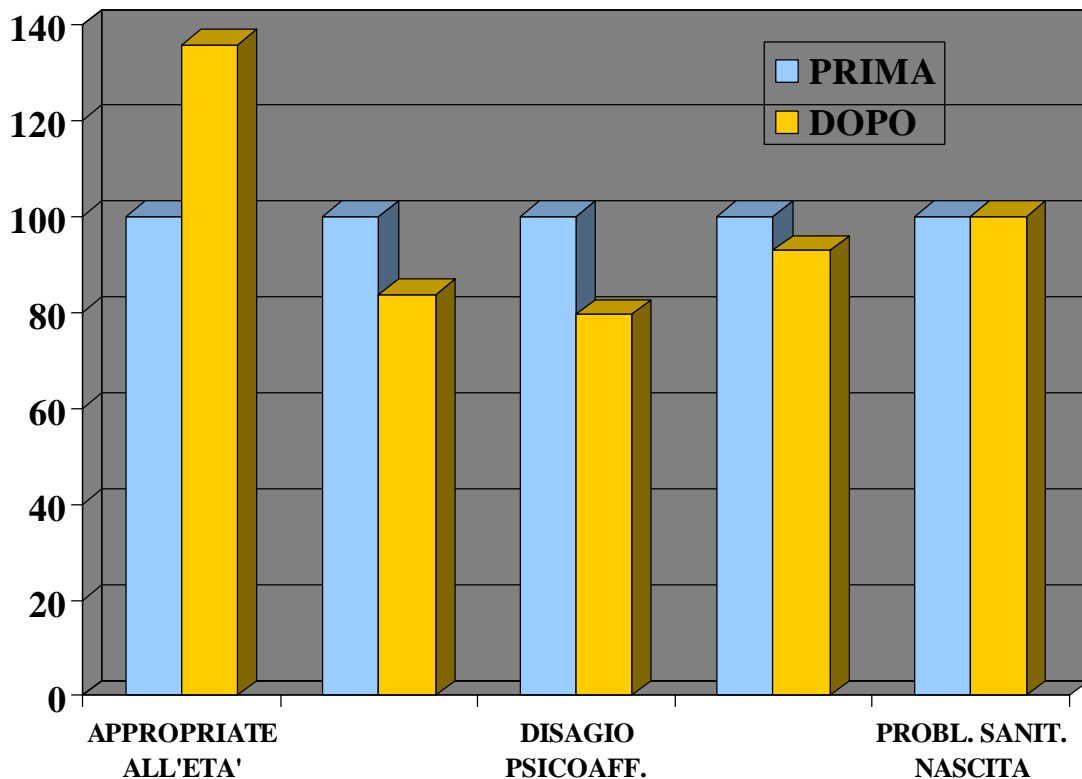


## Follow-up: condizioni psico-fisiche



Nello studio del follow up sono state considerate le condizioni psico-fisiche del bambino, come descritte dalla sua famiglia o dal Servizio che continua a seguirli. Emerge che il 62% dei bambini presenta delle condizioni appropriate all'età, il 6% presenta un ritardo cognitivo, il 4% dei disturbi del comportamento, il 4% un ritardo psico-motorio, nel 2% dei casi sono presenti i problemi sanitari valutati alla nascita, nel 2% problemi relazionali, l'1% presenta un disagio psico-affettivo e ancora l'1% un ritardo del linguaggio.

## Il passaggio a “il Girotondo”



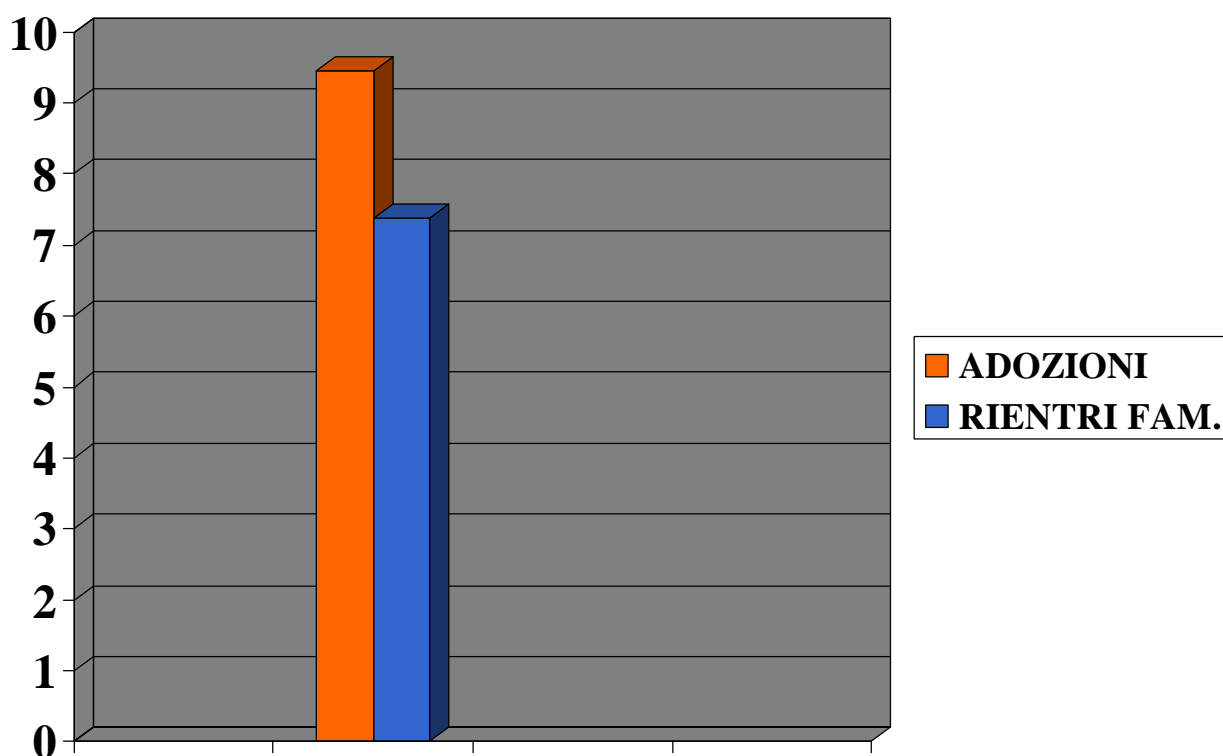
In sintesi, dall'incrocio di alcuni dati della ricerca sui “segni” del passaggio al Girotondo emerge quanto segue:

- sono migliorati in maniera significativa tutti i parametri dello sviluppo del bambino, quali la motricità, il coordinamento oculo-motorio, la socialità, la memoria, la concentrazione, l'attenzione, il comportamento, compreso il comportamento sociale. Il passaggio al Girotondo ha consentito ai piccoli ospiti di superare le condizioni di disagio che presentavano all'ingresso e di poter avere uno sviluppo psico-fisico appropriato all'età.
- sono diminuiti i parametri relativi al disagio psico-affettivo, ovvero i bambini hanno fronteggiato e superato alcune condizioni di stress emotivo, migliorando notevolmente il tono dell'umore e la capacità di coping.

- è diminuito sensibilmente l'indicatore del ritardo cognitivo: si è avuto un incremento del quoziente intellettivo e dello sviluppo nei casi in cui emergeva un consistente ritardo iniziale.
- restano invariati i parametri dei bambini che hanno presentato alla nascita dei problemi sanitari.

## Adozioni e rientri in famiglia

SCALA VALORI  
OTTIMO =10  
SUFFICIENTE = 6



Considerando gli indicatori del benessere del bambino dopo la dimissione dal Girotondo, sia a breve che a medio tempo, e riportandoli ad una scala da 0 a 10, la valutazione sull'avvenuta adozione si attesta su un punteggio di 9,5, quella sul rientro in famiglia su un punteggio di 7,5. Ciò significa che i bambini adottati hanno una migliore qualità della vita e dello sviluppo rispetto ai bambini rientrati in famiglia.

La differenza di due punti netti è comprensibile: in generale la famiglia adottiva è formata da una coppia che desidera un figlio, che medita sulla scelta di genitorialità, è stata formata e sostenuta in questo senso, e predispone le migliori condizioni possibili per l'accoglienza. La famiglia di origine, seppure ugualmente desiderosa di ricomporsi, ha di fronte a sé un cammino più difficile di ricostruzione e recupero di uno o più membri e nello stesso tempo di cura e crescita del bambino.

### **13. CONCLUSIONI**

Il Girotondo è da dieci anni al fianco di bambini piccoli in difficoltà, li accoglie e li protegge, sostenendo e curando la loro crescita psicofisica in maniera armonica ed equilibrata.

L'approccio della "casa dei bambini " è caratterizzato dall'attenzione costante alla creazione di un ambiente idoneo, a misura di bambino, e alla qualità delle cure e delle relazioni. Il filo conduttore è l'idea del bambino "attivo e autonomo", protagonista del suo sviluppo.

Quindi, viene condiviso un modello efficace di accoglienza e cura al bambino che contribuisce a restituirgli la dignità.

## BIBLIOGRAFIA

- BOWLBY J. (1989).** *Una base sicura.* Milano: Raffaello Cortina.
- CAMAIONI L., et. al. (1980).** *La prima infanzia.* Bologna: Il Mulino.
- CAMAIONI L., et. al. (1993).** *Manuale di psicologia dello sviluppo.* Bologna: Il Mulino
- CAMAIONI L. (1997).** *L'infanzia.* Bologna: Il Mulino
- DELL'ANTONIO A. (1986).** *Le problematiche psicologiche dell'adozione nazionale e internazionale.* Milano: Giuffrè editore.
- DELL'ANTONIO A. (1989).** *La consulenza psicologica per la tutela dei minori.* Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- EMILI F. (1995).** *Una casa per un po'.* Roma: edizioni Scientifiche Ma.Gi.
- FRANCESCATO D., TOMAI M., GHIRELLI G. (2002).** *Fondamenti di psicologia di comunità.* Roma: Carocci
- MONTESSORI M. (1972).** *La mente del bambino.* Milano: Garzanti.
- MONTESSORI M. (1999).** *La scoperta del bambino.* Milano: Garzanti.
- PENNISI PELIZZOLA L. (a cura di) (1995).** *Nascere e crescere. Il bambino nei primi tre anni: esperienze a confronto.* Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- SPITZ R. (1962).** *Il primo anno di vita.* Firenze: Giunti-Barbera.
- ATTI DEL CONVEGNO “Viaggio intorno al centro comunale per l'infanzia. Riflessioni sui 10 anni di percorso della Casa famiglia IL GIROTONDO” 16 Giugno 2006.**
- Bollettino della Regione Lazio 19 Maggio 2001.**
- Il progetto de “Il Girotondo” 1996.**