



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ARCHIVIO ISTITUZIONALE
DELLA RICERCA

Alma Mater Studiorum Università di Bologna Archivio istituzionale della ricerca

What is therapeutic in Therapeutic Residential Care? How to support and analyse the therapeutic dimension in residential care

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:

Palareti L., Bastianoni P., Emiliani F., Ciriello M., Ravazzi L., Olezzi G. (2020). What is therapeutic in Therapeutic Residential Care? How to support and analyse the therapeutic dimension in residential care. *PSICOLOGIA CLINICA DELLO SVILUPPO*, 24(2), 261-284 [10.1449/97005].

Availability:

This version is available at: <https://hdl.handle.net/11585/788287> since: 2021-02-26

Published:

DOI: <http://doi.org/10.1449/97005>

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (<https://cris.unibo.it/>).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

Che cos'è terapeutico nel Therapeutic Residential Care? Come analizzare e sostenere la dimensione terapeutica nelle comunità residenziali.

Parole chiave: Therapeutic Residential Care, shared knowledge, mentalization, observation, evaluation.

Riassunto: Il termine Therapeutic Residential Care (TRC) (Whittaker, del Valle, & Holmes, 2014) indica le forme di accoglienza residenziale che si basano su un ambiente di vita intenzionalmente pensato per produrre cambiamento e migliorare le condizioni di vita di persone che presentano problematiche e bisogni specifici. Il presente articolo illustra i risultati parziali di una ricerca intervento realizzata in una comunità mamma-bambino dove si è applicato un metodo di lavoro a più componenti sviluppato per sostenere la funzione terapeutica degli interventi di comunità. Il metodo propone uno strumento di progettazione e valutazione basato su un processo di mentalizzazione di gruppo finalizzato alla costruzione di un pensiero e di una conoscenza condivisi dallo staff su ciascun utente.

Titolo in inglese: What is therapeutic in Therapeutic Residential Care? How to support and analyse the therapeutic dimension in residential care.

Abstract: The term Therapeutic Residential Care (TRC) (Whittaker, del Valle, & Holmes, 2014) involves the planful use of a purposefully constructed, multi-dimensional living environment designed to enhance or provide treatment, education, socialization, support, and protection to children and youth with identified mental health or behavioral needs. The paper illustrates, through the example of its application in a mother-child unit, a multi-component working method developed to support the therapeutic function of residential care. The method proposes a planning and evaluation tool whose systematic use promotes a group mentalization process aimed at building a shared knowledge by the staff on each guest user, reducing the fragmentation of points of view and individual representations.

Che cos'è terapeutico nel Therapeutic Residential Care? Come analizzare e sostenere la dimensione terapeutica nelle comunità residenziali.

I servizi residenziali per bambini e adolescenti che per diverse condizioni di vita non possono crescere nella propria famiglia, hanno svolto da sempre un ruolo centrale nella storia del welfare in tutti i paesi del mondo. Tuttavia il confronto fra le diverse forme di accoglienza è stato a lungo ostacolato, in particolare a livello internazionale, per problemi linguistici, culturali e strutturali (Bellonci, Holmes, & Whittaker, 2019). Ciò rende complessa l'analisi degli esiti delle diverse forme di accoglienza: il Child Welfare Classification System proposto da Ezell e collaboratori (2011) fornisce un punto di partenza per capire come la residential care è usata nei diversi paesi, ma risulta inadeguata per comprendere le teorie di riferimento, i modelli di intervento e le pratiche attuate (Ainsworth & Thoburn, 2014), aspetti rilevanti per la valutazione dell'intervento.

Il problema dell'accoglienza di soggetti sempre più numerosi e diversi fra loro per età, storie di vita e bisogni (bambini, adolescenti, madri con bambini molto piccoli, minori stranieri non accompagnati) è sempre più diffuso in tutto il mondo ed è divenuto oggetto di attenzione delle politiche sociali e tema di studi scientifici da parte di studiosi di numerosi paesi, come dimostra la Conferenza internazionale dell'EUSARF (European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents) tenutasi dal 2 al 5 ottobre 2018 in Portogallo, a Porto. Il titolo della Conferenza: All Children, All Families - Promoting Excellence in Child Welfare Research, Policy and Practice dichiara apertamente l'interesse e l'apertura verso i risultati di ricerca, le politiche sociali e le pratiche. Se, come affermano Van IJzendoorn e colleghi (2015), i minori senza famiglia sono circa 143 milioni nel mondo e almeno 8 milioni sono accolti in forme di residential care, ne consegue l'importanza di studiare questi temi. I numeri e le forme dell'accoglienza residenziale cambiano nei diversi paesi con la presenza massiccia di orfanotrofi in Africa, in America del sud e ancora nei paesi dell'Europa dell'Est (Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Scott, 2015).

In Italia, ma sappiamo che questi valori vanno costantemente rivisti, la percentuale di minori accolti in comunità residenziali è di circa lo 0,2% secondo il report dell’Autorità Garante per l’Infanzia e l’Adolescenza (2017) che analizza i dati fino al 31 dicembre 2015. Secondo questa fonte, i numeri dell’accoglienza in comunità dei minorenni allontanati dalla propria famiglia d’origine al 31 dicembre 2015 mostrano, complessivamente, un aumento rispetto all’anno precedente. In particolare, i minori presenti nelle comunità sono 21.035 con un incremento percentuale del 9,3%, rispetto al dato del 2014.

A livello internazionale la definizione Therapeutic Residential Care (TRC) vuole indicare quelle forme di accoglienza residenziale che fanno esplicito riferimento a progetti e strumenti finalizzati a migliorare le condizioni di vita dei soggetti ospiti: il termine terapeutico marca in primo luogo la differenza da forme generiche di ricovero in istituti, quali gli orfanotrofi.

Il consensus statement recentemente pubblicato da un gruppo di oltre trenta esperti internazionali ne ha confermato la definizione proposta nel 2014 da Whittaker e colleghi, secondo la quale TRC implica l’uso pianificato di un ambiente costruito per perseguire scopi individuati su numerosi livelli personali e sociali e progettato per stimolare o fornire trattamenti adeguati, educazione, socializzazione, supporto e protezione ai bambini e ai giovani che presentano bisogni specifici a livello mentale e o comportamentale, in collaborazione con le loro famiglie e in rapporto con le risorse formali e informali del territorio (Whittaker et al., 2016).

Il termine terapeutico segnala quindi un impegno verso i soggetti ospiti che può riguardare forme diversificate di aiuto. Questa sintesi è chiara e condivisibile. Il termine terapeutico in questo quadro intende contrastare in primo luogo la tesi che una struttura residenziale produca “di per sé” danni mentali e comportamentali ai bambini accolti, come ha dimostrato un’enorme letteratura sui danni da ricovero e istituzionalizzazione in orfanotrofi (Rutter, Kreppner & O’Connor, 2001; Rutter e Azis-Clauson, 2015). Il problema è dunque quello di individuare le condizioni che rendono “terapeutici” gli interventi. Tuttavia la diversità dei modelli teorici e organizzativi dell’accoglienza residenziale, i programmi scolastici di supporto ed altre forme di intervento focalizzate sui deficit o

sulle sintomatologie dei singoli, rendono il termine terapeutico variegato, controverso, usato con diverse sfumature e accezioni per indicare, spesso, sia la ricerca di condizioni di vita “sufficientemente normali” sia il ricorso ad interventi specialistici.

I significati del termine terapeutico si dipanano quindi dalla dimensione individuale a quella collettiva e strutturale e rimettono in campo il problema centrale del rapporto fra conoscenze teoriche e scientifiche e pratiche operative, tema troppo spesso limitato alla divulgazione delle “buone pratiche”, espressione con cui si indica un’operatività ritenuta efficace. Nel contesto dei servizi residenziali è molto diffuso parlare di “buone pratiche” tout court, come se la riflessione si potesse esaurire nella dimensione del fare. Il dibattito, ben più significativo, si interroga sulla relazione fra conoscenze teoriche elaborate su risultati di ricerche e la loro traduzione in un’operatività concreta nell’ambito dell’accoglienza residenziale. Recentemente, sono state sviluppate ricerche volte a studiare come le conoscenze e le innovazioni prodotte a livello scientifico si inseriscano con successo nelle pratiche operative (Holden et al., 2010; Nunno, Seller, & Holden, 2014; Whittaker et al., 2014) e in questa direzione si sviluppa anche la riflessione e la ricerca-intervento che presentiamo.

L’interesse principale delle autrici di questo articolo infatti è stato sempre rivolto alla nozione di terapeuticità, a come pensare cioè un modello di residenzialità che possa funzionare in senso terapeutico, attribuendo al termine il significato di promuovere cambiamenti nelle storie e nelle problematiche presentate dai soggetti ospiti, in particolare se si tratta di minori (Emiliani & Bastianoni, 1993). Quando sono sorte in Italia negli anni ’70 le prime esperienze di piccoli gruppi residenziali, non era disponibile una letteratura specifica di riferimento che trattasse della psicopatologia di bambini e adolescenti cresciuti in condizioni di deprivazione e abuso familiare o istituzionale. Oggi è disponibile una ricca letteratura scientifica su due settori altamente specifici rispetto al tema che stiamo affrontando: da un lato, le ricerche già citate, promosse in larga parte da Michael Rutter e dalla sua equipé (Rutter, 1972, 1990; Rutter & Azis-Clauson, 2015), sugli esiti di forme di deprivazione severa da istituzionalizzazione sullo sviluppo dei bambini; dall’altro, gli studi

e la riflessione sviluppatasi sulle forme residenziali di accoglienza capaci di promuovere cambiamenti nei deficit e nelle disabilità dei soggetti ospiti (Redl, 1966; Holden, 2019).

Sorprendentemente, dal nostro punto di vista, questi due ambiti, sviluppatasi come spesso succede con obiettivi e in contesti scientifici differenti, si sono poco confrontati fra loro. È cresciuto di fatto nel tempo il bisogno di confrontarsi sulla terapeuticità degli interventi, nella consapevolezza della necessità di formulare progetti in cui porre in primo piano le conoscenze fornite dai risultati di ricerca.

Il nostro interesse per le comunità residenziali con finalità terapeutiche ovvero in grado di promuovere un cambiamento, si è sviluppato nel tempo e la ricerca su che cosa significa “terapeutico” in condizioni di residenzialità ci ha interrogato fin da subito e continua ancor oggi: il filo rosso che negli anni ha guidato i nostri lavori si è sempre dipanato attorno al quesito su “che cosa diventa terapeutico” nell’accoglienza residenziale. Una breve sintesi di questo percorso di approfondimento prende l’avvio dalle definizioni che Redl (1966) fornisce e che riportiamo, perché spesso punti di arrivo importanti nella riflessione tendono a scomparire, messi in ombra da nuovi approcci e informazioni. Redl si è occupato di adolescenti violenti, e il suo punto di vista ci sembra di estrema attualità. Per questo autore, terapeutico in residenzialità significa:

- adattamento alle fasi di sviluppo del soggetto ospite e considerazione del contesto culturale da cui proviene;
- clinicamente elastico, nel senso che tutte le caratteristiche dell’ambiente devono permettere una vasta gamma di eccezioni, al fine di tollerare le regressioni che si verificano fisiologicamente durante il processo di cambiamento;
- perseguire scopi curativi in ambiti considerati marginali; questo suppone che tutto lo spazio sociale della vita in comunità possa giocare un ruolo riparatore;
- rieducazione alla vita, e ciò significa che i progetti terapeutici devono andare al di là della psicopatologia.

Il contributo di Redl, insieme all'elaborazione di Winnicott (1971) ripresa da Bettelheim (1977) sostiene un'intuizione fondamentale e cioè che tutta la vita residenziale nell'arco delle 24 ore, debba costituirsi come spazio terapeutico: da cui la definizione di "ambiente terapeutico globale" (Emiliani & Bastianoni, 1993) o *The other 23 hours*, nella definizione di Trieschman, Whittaker e Brendtro (1969). Nella nostra riflessione, questi contributi si sono integrati con quelli forniti dalla Psicopatologia evolutiva che dalla fine degli anni '80 si è costituita come area di riferimento intorno alla rivista *Development and Psychopathology*, il primo numero è del 1989. Questa area di studi ha messo a punto modelli di analisi focalizzati sulla molteplicità dei livelli e delle condizioni che possono intervenire sui comportamenti e sui loro cambiamenti nell'arco di vita delle persone. Ciò che rende preziosa questa prospettiva è l'immensa produzione scientifica attualmente disponibile, è lo sforzo tenace e coerente di individuare e articolare le possibili determinanti causali analizzando i processi d'interazione che intercorrono fra i soggetti e i contesti in cui vivono. In questo ambito viene dato un assetto scientifico a concetti quali quelli di fattori di rischio e di protezione, marcando sistematicamente la necessità di mantenere un'ottica evolutiva e processuale in grado cioè di seguire l'evoluzione dei soggetti nel tempo. In tal senso, Emiliani e Bastianoni (1993) hanno collegato da tempo la terapeuticità della comunità alla sua capacità di attivare meccanismi protettivi, aprendo in particolare una riflessione sul valore strutturante dell'organizzazione della vita quotidiana e sui possibili cambiamenti nelle traiettorie evolutive dei minori ospiti.

La nostra idea di *Therapeutic Residential Care* si è sviluppata, fin d'allora, in una prospettiva che poneva l'organizzazione quotidiana all'interno della comunità come perno di un'azione di scaffolding continuativo, regolato dalle attività, dai ritmi e dalle routine che strutturano la giornata, a sostegno dell'acquisizione di competenze sociali, relazionali e cognitive deficitarie. In un'esperienza con bambini che avevano vissuto una profonda deprivazione (l'età era compresa fra i 5 e i 12 anni) "terapeutica" è stata una vita quotidiana in comunità pensata come scaffolding strutturale per orientare l'agire di ciascuno verso l'acquisizione di competenze evolutive (Emiliani,

2008, 2014; Bastianoni, 2000; Bastianoni & Baiamonte, 2014; Bastianoni & Taurino, 2009, 2012; Palareti & Berti, 2009; Bastianoni, Zullo, & Taurino, 2012). Attualmente, anche a livello internazionale la riflessione sugli interventi residenziali è ritornata su questa idea di globalità dell'intervento (Lee, 2019), riattivando l'interesse per "le altre 23 ore", titolo del volume già citato e che fin dall'inizio si è opposto all'idea che per questi minori la terapeuticità in gioco si potesse esaurire in un'ora di trattamento specifico, qualunque fosse la sua natura: il problema era ed è tuttora quello di organizzare "le altre 23 ore", nella convinzione che la finalità terapeutica debba proiettarsi sull'intero spazio di vita dei soggetti ospiti. D'altra parte una ricca letteratura psicologica interessata a comprendere "che cosa funziona per i pazienti, tenendo presente la specificità della loro personale problematica" (fra gli altri Khout, 1986; Grossen & Perret-Clermont, 1992; Bateman & Fonagy, 2012) ha dibattuto la multidimensionalità del termine in una riflessione che nel tempo e con orientamenti diversi ha accompagnato l'interrogativo su che cosa consenta ad uno strumento, una tecnica, un'esperienza relazionale ed intersoggettiva di divenire capaci di promuovere sviluppo e cambiamenti nella sofferenza delle persone.

Un aspetto ritenuto da molti importante si può genericamente definire nei termini di un allargamento dell'area accessibile all'introspezione, una crescita della componente conoscitiva e della capacità riflessiva nelle persone.

Nel modello d'intervento che proponiamo siamo andate in questa direzione, mettendo al centro lo staff della comunità nella sua dimensione di gruppo e considerato quale caregiver unitario e quale soggetto pensante. Assume rilievo nel modello proposto il concetto di mentalizzazione, vista come la capacità di riflettere sul fatto che il proprio comportamento e quello degli altri sono motivati da stati interiori, come pensieri e sentimenti (Bateman & Fonagy, 2012): gli operatori dello staff che prestano le cure, se sviluppano una buona capacità di mentalizzare possono aiutare i soggetti ospiti a trovare se stessi, nel senso di consentire loro di ridefinire un proprio Sé basato anche sulle rappresentazioni, i pensieri e i sentimenti condivisi. Mentalizzare dunque come riflessione esplicita e implicita del gruppo degli operatori rivolta a ciascun soggetto ospite.

Nel nostro metodo di lavoro il significato del termine terapeutico si concentra sul promuovere un processo di riflessione di gruppo finalizzato alla costruzione di un pensiero e di una conoscenza condivisi dallo staff su ciascun utente ospite della comunità. La struttura dello “spazio terapeutico” quindi, oltre che sull’organizzazione delle attività, delle routine e dei tempi del quotidiano, si fonda anche sulla riflessione condivisa elaborata dai membri dello staff, che non comporta omogeneità di comportamenti, ma costituisce una trama di pensieri e rappresentazioni di riferimento all’agire comune che si prefigge di ridurre la frammentazione dei punti di vista e delle rappresentazioni educative individuali che spesso caratterizza e rende difficoltoso il lavoro degli operatori in comunità. Alla capacità di promuovere uno spazio mentale collettivo, il metodo aggiunge un’ulteriore componente ritenuta centrale per l’efficacia degli interventi, ovvero la possibilità di inscrivere la pratica valutativa e la conseguente progettazione nell’arco dell’intera presa in carico dei soggetti, attraverso rilevazioni in tempo reale delle informazioni utili alla valutazione (Le Poulter, 1990).

Obiettivi

Scopo di questo articolo è presentare la metodologia e alcuni risultati parziali di una ricerca-intervento longitudinale tutt’ora in corso e finalizzata a sostenere la dimensione terapeutica di una comunità per gestanti e madri con bambini.

Nello specifico la ricerca-intervento ha l’obiettivo di addestrare l’equipe al metodo rendendola progressivamente autonoma nella sua applicazione. Inoltre si prefigge di valutare nel tempo i cambiamenti ottenuti nei nuclei familiari ospiti della comunità.

Metodo

Il metodo come processo

Il termine “processo” viene utilizzato per sottolineare, nella chiave della Psicopatologia evolutiva, il fatto che l’oggetto di studio è l’evoluzione dei soggetti ospiti.

Per ragioni di chiarezza espositiva, descriviamo il metodo di lavoro proposto nella ricerca-intervento suddividendolo nelle seguenti fasi.

1° fase: per ogni ospite si organizza un gruppo di riflessione volto a sviluppare un confronto e un pensiero condiviso, quantomeno su alcuni punti, attraverso cui pervenire alla costruzione della scheda osservativa individualizzata, così composta:

- **obiettivi** da perseguire per ciascun ospite, finalizzati a promuovere un cambiamento. Essi sono individuati a partire dalle problematiche rilevate al momento specifico in cui inizia l'osservazione, devono essere condivisi, raggiungibili e salienti rispetto al progetto complessivo riferito alla persona e alla comunità;
- **descrittori comportamentali** che segnalano l'evoluzione del soggetto verso il perseguimento degli obiettivi precedentemente individuati. I descrittori devono essere comportamenti effettivamente riconoscibili, realizzabili per il soggetto ed osservabili nella quotidianità;
- **atti educativi**, azioni che i partecipanti al gruppo di riflessione identificano rispondendo alla domanda: "Come possiamo aiutare la persona a perseguire l'obiettivo individuato?". L'attenzione agli atti educativi sottolinea l'importanza di una dimensione fortemente relazionale e interattiva nell'assunzione reciproca di responsabilità. Per queste definizioni siamo debitrice nei confronti del lavoro di Le Poutier (1990) con gli operatori sociali.

Nella scheda osservativa conclusiva quindi, a ciascun obiettivo corrispondono descrittori comportamentali e atti educativi la cui frequenza viene valutata su scale Likert da 1 (mai osservato) a 5 (osservato sempre). È previsto anche "non rilevabile" (NR) che indica la possibilità da parte di un educatore di non esprimersi, ad esempio perché in ferie o perché non presente nel momento in cui il comportamento consentirebbe di essere osservato.

2° fase: La scheda individualizzata viene compilata, a cadenza predefinita da tutti gli operatori, che formulano le proprie valutazioni in modo autonomo. Per ogni periodo di osservazione si hanno quindi per lo stesso utente tante schede osservative quanti sono gli

osservatori. L'educatore referente del caso raccoglie tutte le schede in un formato Excel della stessa. Questo permette di produrre le tabelle e le medie utilizzabili nella fase successiva.

3° fase: Il metodo è ricorsivo e processuale nella misura in cui le osservazioni fatte al tempo X diventano oggetto di un'ulteriore riflessione di gruppo. Un aspetto importante di questa fase diventa confrontarsi sulle discrepanze fra i punteggi dati dai diversi operatori sui comportamenti degli ospiti. Tali discrepanze permettono di far emergere le variabilità dei comportamenti dell'utente all'interno della giornata o delle situazioni interattive, portando l'équipe ad una visione più integrata dell'ospite e delle sue reazioni. Esse consentono anche di discutere risposte relazionali e possibili tendenze proiettive messe in atto dagli utenti, che giustificano a volte la discrepanza nella rilevazione. Tali discrepanze possono inoltre derivare da una diversità nelle teorie esplicite ed implicite che gli operatori utilizzano per formulare aspettative e giudizi in ambito educativo. Far emergere anche l'implicito consente all'équipe di rendere evidenti, confrontabili e negoziabili le posizioni dei diversi membri dello staff, favorendo condivisione e consapevolezza circa le proprie pratiche educative. La discussione in gruppo si propone anche di verificare il cambiamento dell'utente tenendo presente che la sua evoluzione va messa in relazione agli interventi educativi (atti professionali) attuati da tutto lo staff. Infine, sulla base di quanto emerso, lo staff può decidere se aggiornare i descrittori e gli atti educativi o inserirne di nuovi.

La ricerca-intervento si è avviata nel 2018 concordando finalità e modalità operative con la cooperativa che gestisce la comunità e con l'équipe educativa stessa. Allo scopo di rendere l'équipe progressivamente autonoma nell'applicazione del metodo, il gruppo di ricerca ha fornito una presenza maggiore nei primi 6 mesi di lavoro (conduzione di 5 gruppi di discussione, monitoraggio della formulazione degli item delle prime 4 schede, supporto alla costruzione dei file Excel), mentre per i 6 mesi successivi ha supervisionato l'intero processo offrendo aiuto di fronte a dubbi o difficoltà segnalate.

Partecipanti

La ricerca ha coinvolto una comunità per gestanti e per madre con bambino della Provincia di Bologna, che ospitava, al momento dell'avvio della ricerca, sette nuclei per un totale di sette madri e altrettanti bambini di età compresa dai pochi mesi ai 5 anni¹, con uno staff di nove educatrici (di cui una con funzione di responsabile di struttura), una coordinatrice e una psicologa.

Per cinque dei sette nuclei iniziali le ricercatrici hanno accompagnato l'equipe nella costruzione delle schede di osservazione, per i rimanenti lo staff ha proceduto in modo autonomo, così come autonomamente ha periodicamente aggiornato tutte le schede introducendo i cambiamenti ritenuti opportuni.

Le osservazioni e le discussioni di gruppo hanno coinvolto tutte le educatrici e la responsabile della struttura; nel caso di due nuclei la psicologa interna alla comunità si è aggiunta qualche mese dopo l'avvio della ricerca-intervento (vedi tabelle 4, 5 e 6).

Esempio di costruzione di una scheda individualizzata tratto da un gruppo di riflessione

Come primo caso su cui riflettere lo staff si è concentrato su una giovane mamma straniera (T.) con due bimbe: una di 3 anni (F.) e l'altra di 14 mesi (G.). Inserita in comunità da alcuni mesi, tutte le educatrici esprimono preoccupazione per la relazione della mamma con entrambe le figlie, in particolare con la bambina più grande. La donna si era allontanata dalla famiglia d'origine del marito - che si era definitivamente trasferito all'estero - rispetto alla quale aveva vissuto un profondo disagio socio-relazionale. Riportiamo alcuni stralci conversazionali tratti dalla discussione per la definizione degli obiettivi educativi e l'approntamento della scheda osservativa.

E1²: La mamma con le bambine è entrata in comunità perché doveva essere allontanata dal nucleo familiare dei suoceri che la tenevano chiusa in casa. La ragazza era stata fatta sposare con un cugino che attualmente vive in UK e ha un'altra compagna. È stato emesso un decreto di

¹ I nuclei sono accomunati da una richiesta di inserimento per problematiche di disagio psicosociale ed un mandato di osservazione, valutazione e sostegno delle competenze genitoriali sancito dal Tribunale per i Minorenni di Bologna; solo una madre ha una certificazione di ritardo mentale e nessuno dei bambini ospiti ha certificazioni neuropsicologiche. Alcune donne, al momento della ricerca, usufruivano di supporto psicologico.

² La sigla E1, E2 ecc. indica le diverse educatrici.

sospensione della patria potestà per il padre. La ragione dell'allontanamento era il conflitto con i suoceri. Ciò che vediamo è una difficoltà della mamma soprattutto con la bambina più grande.

E2: La cena a casa la sera è il momento più problematico, il nucleo critico. La bimba piccola vuole stare in braccio alla mamma (T.), [...] è stata anche poco bene e si capisce.

E3: Sì ma la grande, anche perché la mamma le parla la sua lingua e noi in italiano, la bimba si innervosisce, si arrabbia e manda via la madre fisicamente. Urla e piange. Quando è molto tesa a volte scava con il dito l'intonaco del muro e lo mangia. La bambina preferisce l'educatrice alla mamma. C'è conflitto ma la mamma sembra passiva.

E1: La mamma spesso è passiva e remissiva. La bambina va all'asilo, quando torna sta un po' con l'educatrice e poi inizia la cena con la mamma e cominciano i problemi.

Conduttrice: Che cosa di questa situazione vi crea problema? Qual è l'aspetto più problematico per voi?

E2: Fa problema il diverso rapporto della mamma con le due bambine [...] tiene la piccola in braccio, ma non vede i bisogni della grande e questo mi genera emozioni contrastanti. Soprattutto l'atteggiamento altalenante di T. con la figlia più grande. Stare un po' sola con la mamma fa felice la bambina. Il pasto è il momento più difficile per entrambe

Conduttrice: Quindi l'obiettivo principale per voi è aiutare la mamma ad avere una relazione migliore con le figlie. Come migliorare la relazione durante il pasto?

E4: Sì, ma dobbiamo considerare che questa bambina fino a pochi mesi fa, prima dell'inserimento qui, viveva in una famiglia numerosa con nonni e zii e mangiava saltellando dall'uno all'altro e ciascuno la imboccava un po'... adesso è tutto diverso, sono loro due e poi se guarda i cartoni alla tv, mangia.

Conduttrice: Quindi l'obiettivo è migliorare la relazione durante il pasto: cosa può fare la mamma e cosa potete fare voi per aiutarla?

Il gruppo discute di relazioni, comportamenti e atti educativi fino alla formulazione di una scheda completa che verrà utilizzata da ciascuna educatrice per fare l'osservazione del nucleo familiare nell'arco di tempo definito dall'equipe.

La tabella 1 riporta le osservazioni di tutte le educatrici sul primo obiettivo volto a migliorare la relazione tra madre e figlia maggiore. Le osservazioni sono state messe a confronto fra le educatrici per permettere al gruppo di discutere e confrontarsi sulle valutazioni. Come detto, descrittori comportamentali e atti educativi vengono valutati su scale Likert a 5 punti.

Tabella 1

Scheda riassuntiva delle singole osservazioni effettuate dalle 9 educatrici in relazione al primo obiettivo identificato per T. (periodo dal 21/2/18 al 28/2/18)

OBIETTIVO 1 MIGLIORARE LA RELAZIONE TRA T. (madre) e F. (figlia maggiore, 3 anni)	Ed. 1	Ed. 2	Ed. 3	Ed. 4	Ed. 5	Ed. 6	Ed. 7	Ed. 8	Ed. 9	MEDIA
Descrittori comportamentali										
A1) T. – Madre e figlia mangiano insieme	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3.88
A2) T. – Non chiede alle educatrici di sostituirla nel provvedere a F. quando lei fa fatica a mangiare nel momento dei pasti	3	NR	4	2	3	1	3	4	3	2.87
A3) T. – Durante le routine quotidiane si impegna a fare da sola con F.	3	2	4	4	2	2	3	3	3	2.88
A4) T. – Trova strategie che accontentano F. riuscendo a farla mangiare	4	4	4	4	3	4	NR	4	4	3.8
A5) T. – Sta insieme a F. tre volte a settimana dal ritiro da scuola alla cena con soddisfazione	2	2	4	4	2	2	3	NR	1	2.5
Atti educativi										
B1) Educatore – Non è nel campo visivo di F. durante il pasto	3	3	4	4	4	3	NR	3	4	3.5
B2) Educatore – Si occupa della figlia più piccola mentre T. e F. mangiano	3	4	4	4	4	1	3	4	4	3.44
B3) Educatore – Parla con T. del fatto che F. possa mangiare con meno regole	NR	2	NR	NR	4	2	3	NR	NR	2.75
B4) Educatore – Sta con G. prima e dopo il rientro da scuola di F. 3 volte a settimana	2	4	4	4	2	2	3	NR	4	3.12
B5) Educatore – Negli altri momenti quotidiani propone a T. di tenerle la figlia più	NR	NR	4	NR	NR	2	2	NR	3	2.75

piccola se è in difficoltà nella gestione in contemporanea delle due bambine

B6. Educatore – Se T. lo richiede la solleva dal conflitto con F. occupandosi della bambina	NR	NR	4	NR	NR	3	3	NR	NR	3.33
---	----	----	---	----	----	---	---	----	----	------

Come si può notare, emergono fra le educatrici delle discrepanze di giudizio anche consistenti che possono favorire ed orientare la discussione di gruppo: sono proprio le discrepanze di valutazione ad attivare la riflessione del gruppo, a mettere a confronto rappresentazioni e punti di vista.

Quando le osservazioni, raccolte in momenti successivi nel tempo, mostrano un'uniformità di punteggi positivi sui descrittori comportamentali, l'équipe può decidere se aggiornare la scheda. In sostanza il metodo prevede che obiettivi, descrittori e atti educativi siano modificati sulla base dell'evoluzione dei soggetti.

Analisi

L'équipe ha svolto le osservazioni a cadenza quindicinale ed ha utilizzato la media ottenuta su ciascun item per valutare i cambiamenti mostrati nel tempo dalle utenti.

Da un punto di vista strettamente statistico, trattandosi di misure ripetute effettuate da uno stesso piccolo gruppo di persone, la media non è l'indice di tendenza centrale più idoneo da utilizzare, ma ci è sembrato il più utile per sostenere l'équipe nell'attività di monitoraggio e verifica e, in questa sede, sufficiente a descrivere il processo. Per verificare la significatività dei cambiamenti abbiamo anche applicato il Wilcoxon Signed Rank Test (Barbaranelli & D'Olimpio, 2007). Questo test, che si usa per campioni appaiati o misure ripetute, confronta coppie di dati ed è stato usato per verificare se il cambiamento fosse effettivamente rilevato dai membri dell'équipe, cosa non desumibile dal valore della media che, ottenuta da un piccolo numero di rater, è altamente influenzabile da singoli giudizi. Va tenuto presente che la normale organizzazione del lavoro di comunità (ad es. gli avvicendamenti dovuti a ferie o malattia del personale, o il fatto che le

educatrici in turno siano impegnate in zone diverse della casa in funzione della distribuzione del lavoro) ha fatto sì che non tutta l'équipe fosse sempre in grado di rispondere a tutti gli item della scheda e questo ha ridotto per ogni confronto le coppie di dati effettivamente utilizzabili dal test. È anche vero che in ricerche complesse di questo tipo il ricorso alla significatività statistica di aspetti parziali del lavoro non aggiunge molto alla semplice descrizione delle medie. Per completezza di informazione, tuttavia, e in considerazione dei limiti operativi sopramenzionati, inseriamo nelle tabelle tutti i valori di p significativi o tendenti alla significatività ottenuti al test, precisando che il confronto è sempre relativo al T1.

Risultati relativi ai cambiamenti osservati tramite le schede

Per ragioni di limiti editoriali presentiamo ora l'andamento delle osservazioni fatte su due madri della comunità scelte perché permettono di illustrare l'applicazione del metodo. Il primo esempio riportato riguarda la donna di cui abbiamo presentato stralcio del gruppo di riflessione. La sua scheda, oltre al primo obiettivo già presentato, ne includeva altri due, espressi nei termini di **“Ridurre in T. il sentimento di giudizio e aumentare il senso di autostima e competenza”** e **“Lavorare sulla storia personale”**.

La scheda inizialmente prodotta ha subito rapidamente interessanti modifiche. Dopo poche osservazioni, infatti alcuni descrittori ed atti educativi riferiti al primo obiettivo sono stati sostituiti da nuovi item al fine di mantenere attuale e coerente la scheda con le evoluzioni della situazione. È stato inoltre inserito all'interno della progettazione il lavoro di supporto svolto dalla psicologa (tabella 2, item A5 e B5), alla quale è stato chiesto di compilare la scheda per gli item che riguardavano il lavoro psicologico.

Tabella 2

Scheda riassuntiva delle medie delle osservazioni svolte sul primo obiettivo di T. dalle operatrici in sei tempi diversi (periodo di osservazione dal 9/6/18 al 7/9/18).

OBIETTIVO 1 MIGLIORARE LA RELAZIONE TRA T. (madre) e F. (figlia maggiore, 3 anni)	T ₁ 15/6/18	T ₂ 29/6/18	T ₃ 13/7/18	T ₄ 27/7/18	T ₅ 24/8/18	T ₆ 7/9/18
Descrittori comportamentali						
A1) T. – Mangia insieme a F. organizzando il pasto in modo soddisfacente	3.9	4.3	4.5	4.3*	4.4	4.8**
A2) T. – Mangia insieme a F. in un clima relazionale soddisfacente	3.7	3.6	4.1**	4.3**	4.3**	4.4**
A3) T. – Trasmette a F. le regole mantenendo i “no” e i confini anche quando la bimba protesta	3.6	3.6	3.8	4.1	3.9	4.1
A4) Offre a F. una relazione accogliente dopo un “conflitto” spiegandole ciò che è accaduto	3.6	4.3	4.1	4.4*	3.8	4.3
A5) T. – Accoglie e partecipa alle osservazioni bisettimanali con la psicologa	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Atti educativi						
B1) Educatore – Si occupa della figlia minore se T. è in difficoltà nella gestione di entrambe le figlie	4.1	4.3	4.3	4.5	3.6	4.1
B2) Educatore – Rinforza T. nell’interazione con F. nel momento del pasto e la sollecita se necessario	3.9	3.5	3.7	3.8	3.9	3.8
B3) Educatore – Sostiene T. nel mantenere i “no” con F. per una costruttiva trasmissione delle regole	3.8	4.0	4.3	4.0	4.0	4.0
B4) Educatore – Sostiene T. nel momento accogliente con F. dopo un “conflitto”	3.8	4.4	4.2	3.3	3.9	4.0
B5) Psicologa – Mantiene le osservazioni bisettimanali di T. e F. per sostenere la loro relazione	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0

* Test di Wilcoxon tendente alla significatività rispetto al T1 (p compreso tra .05 e .09).

** Test di Wilcoxon significativo rispetto al T1 ($p < .05$).

Per il primo obiettivo, **“Migliorare la relazione fra T. e F.”**, l’andamento dei punteggi medi procede nel tempo con un lieve ma graduale miglioramento a fronte di un impegno degli educatori che si mantiene costante.

Per ciò che riguarda il secondo obiettivo (Tab.3), teso ad aumentare le capacità di autonomia della madre sia attraverso una migliore competenza linguistica, sia attraverso una maggiore capacità di gestione economica, troviamo che nei primi tre items *“Frequenta il corso di italiano o fa esercizi quando non può andarci”*, *“Si impegna a fare previsioni e raccolta dati per una buona gestione*

economica” e “Migliora l’organizzazione delle routine e rispetta orari concordati”, l’andamento dei punteggi medi segnala una tendenza al miglioramento, mentre i due item successivi segnalano una posizione poco modificata.

Tabella 3

Scheda riassuntiva delle medie delle osservazioni svolte sul secondo obiettivo di T. dalle operatrici in sei momenti diversi (periodo di osservazione dal 9/6/18 al 7/9/18)

Obiettivo 2 INCREMENTARE CAPACITÀ ORGANIZZATIVE E DI AUTONOMIA, AUMENTANDO UN SENSO DI AUTOSTIMA E COMPETENZA	T ₁ 15/6/18	T ₂ 29/6/18	T ₃ 13/7/18	T ₄ 27/7/18	T ₅ 24/8/18	T ₆ 7/9/18
Descrittori comportamentali						
A1) T. – Frequenta il corso di italiano o fa esercizi quando non può andarci	4.4	3.8*	4.2	4.4	4.6	4.6
A2) T. – Si impegna a fare previsioni e raccolta dati per una buona gestione economica	3.2	3.5	3.5	4.2*	4.5	4.2
A3) T. – Migliora l’organizzazione delle routine e rispetta orari concordati	3.9	4.0	4.1	4.0	4.3	4.4
A4) T. – Nell’interazione con gli altri prova ad esprimere come sta, la propria opinione e/o dissenso	3.4	3.3	3.3	3.6*	3.5	3.6
A5) T. – Si sperimenta nel parlare in autonomia con la rete attorno	3.5	3.2	4.0*	3.8	3.5	3.3
Atti educativi						
B1) Educatore – Sostiene e porta riflessioni su una buona gestione economica	3.9	4.3	3.3	3.0	2.8	2.6
B2) Educatori di riferimento– Monitorano le tabelle sulle spese	3.5	3.5	SI	SI	SI	SI
B3) Educatore – Sostiene T. nel comunicare con maggiore autonomia con la rete attorno	3.6	3.6	4.0	3.8	3.9	3.6
B4) Educatore – Quando T. chiede aiuto, chiede cosa vorrebbe fare lei e cosa può fare per lei	4.2	3.4	4.5	4.6	3.7	4.7
B5) Educatore – Rinforza T. quando propone e mette in atto buone strategie di gestione (nelle routine domestiche e con le bambine)	4.3	4.5	4.8	4.4	4.1	4.8

* Test di Wilcoxon tendente alla significatività rispetto al T1 (p compreso tra .05 e .09).

Gli atti educativi, tranne per l’item B1 relativo alla gestione economica, che la madre ha mostrato di acquisire rapidamente, si mantengono costanti nel tempo. Questo a significare che in

presenza di una rapida acquisizione di una competenza dell'utente, possiamo avere un atto educativo che rapidamente diventa meno saliente.

Infine per il terzo obiettivo, **“Lavorare sulla storia personale”** (Tab. 4), scelto dalle educatrici in base alla difficoltà della donna a parlare con la propria bambina della loro storia personale, della mancanza del padre e del fatto che hanno lasciato la famiglia allargata, l'andamento delle medie mostra un miglioramento a cui si allinea l'andamento dei punteggi sugli atti educativi.

Tabella 4

Scheda riassuntiva delle medie delle osservazioni svolte sul terzo obiettivo di T. dalle operatrici in sei momenti diversi (periodo di osservazione dal 9/6/18 al 7/9/18)

Obiettivo 3 LAVORARE SULLA STORIA PERSONALE	T ₁ 15/6/18	T ₂ 29/6/18	T ₃ 13/7/18	T ₄ 27/7/18	T ₅ 24/8/18	T ₆ 7/9/18
Descrittori comportamentali						
A1) T. – Accoglie e partecipa alla proposta del narrative model	3.7	4.5	4.6	4.6	5.0	4.7
A2) T. – Apre la riflessione sull'importanza di filtrare, in presenza delle bambine, le informazioni relative al loro papà	3.0	2.7	3.3	3.0	3.0	3.3
Atti educativi						
B1) Educatore di riferimento – Predisporre colloqui con T. relativi al marito	4.0	4.0	5.0	2.0	3.0	3.0
B2) Psicologa – Sostiene T. nell'affrontare e filtrare le informazioni relative al papà delle bambine nelle osservazioni con F.	3.5	NR	4.0	4.5	NR	3.0
B3) Educatore di riferimento/Psicologa – Predispongono incontri con T. per lo strumento del narrative model, sostenendola e accompagnandola in questo percorso	4.0	5.0	5.0	4.5	3.0	2.0

NOTA: Per questo obiettivo le osservazioni sono state compiute prevalentemente dall'educatrice di riferimento e dalla psicologa.

Il secondo caso riportato riguarda una giovane donna (B.) che è entrata in contatto con i servizi sociali al momento del parto; in ospedale gli esami tossicologici avevano rilevato tracce di cocaina nella madre. Dopo un iniziale periodo di separazione della madre dalla figlia, i servizi sono intervenuti inserendo entrambe in comunità per un percorso di sostegno. La scelta dell'equipe

educativa (educatori e psicologa) e del servizio inviante è stata quella, sin dall'inizio, di chiedere alla madre di dedicarsi con cura alla propria bambina. Questo perché era necessario sostenere e consentire lo sviluppo di una relazione di attaccamento tra madre e figlia. Nella quotidianità in comunità si era evidenziata la fatica della madre a rappresentarsi e a tener conto della bambina nella propria vita. Gli obiettivi delle schede quindi sono nati alla luce di questi elementi.

Presentiamo le 9 osservazioni svolte nel primo anno di vita della figlia utilizzando una scheda che non ha subito particolari modifiche negli item (Tab. 5 e 6).

Tabella 5

Scheda riassuntiva delle medie delle osservazioni svolte sul primo obiettivo di B. dalle operatrici in 9 momenti diversi (periodo di osservazione dal 9/6/2018 al 29/12/2018)

Obiettivo 1 B. (madre) RICONOSCE I BISOGNI DI R. (figlia di 6 mesi al T1)	T ₁ 9/6/18	T ₂ 23/6/18	T ₃ 7/7/18	T ₄ 14/7/18	T ₅ 4/8/18	T ₆ 14/11/18	T ₇ 29/11/18	T ₈ 13/12/18	T ₉ 29/12/18
Descrittori comportamentali									
A1) B. - Appena rientra si dedica a R.	3.8	3.6	3.3	3.8	3.5**	4.8*	4.7	4.6	4.3
A2) B. - Rispetta gli orari delle uscite concordati in funzione dei bisogni di R.	2.8	2.0	1.6**	2.0*	2.3	3.8**	3.9	4.1*	3.6
A3) B. - È flessibile rispetto ad eventuali cambiamenti nelle uscite	2.1	2.5*	1.6	1.4	1.8	2.7	2.8	2.7	2.4
A4) B. - Mentre dà da mangiare a R., la guarda e interagisce con lei	4.1	3.9	3.7*	3.7	3.2**	4.2	4.6	4.3*	4.3
Atti educativi									
B1) Educatore - Rinforza B. quando riconosce i bisogni della figlia	4.4	4.6	4.8	4.4	4.8	4.8	4.3	4.6	4.5
B2) Educatore – Sostiene la posizione dell'equipe rispetto alle uscite di durata contenuta evidenziando l'importanza primaria che hanno per la bimba	4.8	4.7	4.8	4.6	5.0	4.6	3.9	3.9	4.0
B3) Psicologa - Riflette con B. su quali siano i bisogni di R. in questa fase della sua vita	3.0	NR	1.0	NR	NR	3.5	NR	NR	5.0

* Test di Wilcoxon tendente alla significatività rispetto al T1 (p compreso tra .05 e .09).

** Test di Wilcoxon significativo rispetto al T1 ($p < .05$).

Come si vede dall'andamento dei punteggi medi ottenuti per ciascun item, per quanto riguarda il primo obiettivo "**Riconoscere i bisogni della bambina**" troviamo un andamento non regolare sui primi due item. Il primo, "*Appena rientra si dedica alla bambina*", passa da un 3,8 al T₁ ad un 4,3 al T₉ con una difficoltà intermedia espressa da punteggi fra il 3,3 e il 3,6. Dall'inizio alla fine c'è stata prima una fase di peggioramento per poi cominciare a migliorare. Lo stesso andamento lo troviamo sul secondo item "*Rispetta gli orari in funzione dei bisogni della bambina*", dove dal 2,8 al T₁, si passa al 3,6 al T₉ con un lungo periodo di valori medi più bassi rispetto al T₁. Nei successivi due item del primo obiettivo l'andamento si ripete anche se con discrepanze inferiori fra T₁ e il T₉.

Questo ci dice quanto il processo sia lento e proceda con continue alternanze tra "un passo avanti e due indietro" come è tipico di ogni processo di cambiamento. A fronte di questo andamento degli item descrittivi del comportamento dell'utente, vale la pena osservare i primi due item relativi agli atti educativi degli operatori: l'andamento medio sul primo item si mantiene costante su tutto il periodo, e ciò significa che gli educatori mantengono costante il loro impegno nel sostenere la madre, mentre per il secondo al T₉ abbiamo una diminuzione del valore medio che ci dice di una riduzione dell'attività degli educatori a fronte, supponiamo, del miglioramento mostrato dalla madre su questo primo obiettivo.

Per quanto riguarda il secondo obiettivo "**Prendere consapevolezza del proprio essere madre**", obiettivo complesso, ma reso operativamente con alcuni descrittori semplici, troviamo un andamento che tende a peggiorare dal T₁ al T₉ con alcune significatività che segnalano l'entità del peggioramento. D'altra parte questo item richiede una consapevolezza dei bisogni concreti della piccola che questa madre fatica a riconoscere e ad organizzare in informazioni utili per chi deve prendersi cura della bambina quando lei esce. Un andamento più costante lo troviamo sul secondo

item: risponde positivamente infatti alla richiesta di chiedere informazioni sulla bambina quando è fuori per lungo tempo.

Tabella 6

Scheda riassuntiva delle medie delle osservazioni svolte sul secondo obiettivo di B. dalle operatrici in 9 momenti diversi (periodo di osservazione dal 9/6/2018 al 29/12/2018)

Obiettivo 2 PRENDERE CONSAPEVOLEZZA DEL PROPRIO ESSERE MADRE	T ₁ 9/6/18	T ₂ 23/6/18	T ₃ 7/7/18	T ₄ 14/7/18	T ₅ 4/8/18	T ₆ 14/11/18	T ₇ 29/11/18	T ₈ 13/12/18	T ₉ 29/12/18
Descrittori comportamentali									
A1) B. - Prima di uscire lascia l'occorrente a portata di mano e indicazioni precise a chi si prenderà cura di R. in sua assenza	4.1	3.5	3.3	3.3**	2.9**	3.9	3.9	4.3	3.8
A2) B. - Quando non è a casa chiama per sapere come sta R.	4.3	4.1	4.4	4.5	4.4	4.9**	4.9	4.8*	4.5
A3) B. - Fa le cose che le vengono suggerite in quanto madre e per il benessere di R.	°	°	3.0	3.0	2.0*	3.4*	3.6	3.3	3.4
A4) B. - Mostra soddisfazione/benessere nel prendersi cura della figlia	°	°	3.4	2.9	3.1	4.2	4.4	4.5*	4.7*
A5) B. - Partecipa attivamente ai momenti di riflessione sulla maternità proposti dalla comunità	°	°	3.0	2.6	2.3	3.9	4.0	4.3	3.3
Atti educativi									
B1) Educatore - Rinforza positivamente gli atteggiamenti materni	4.8	4.9	4.6	4.7	4.5	4.3	4.1	4.6	4.3
B2) Educatore e psicologa – Stimolano B. a riflettere e comprendere come ogni cosa che fa ha un'influenza sull'essere, ora, mamma	4.3	3.0	4.0	4.0	4.8	4.2	4.3	3.9	3.7
B3) Educatore - Cerca di capire i sentimenti di B. mentre interagisce con R.	°	°	4.3	3.9	4.2	4.2	4.0	4.1	4.2

° Item inserito al T₃.

* Test di Wilcoxon tendente alla significatività rispetto al T1 o T3 (p compreso tra .05 e .09).

** Test di Wilcoxon significativo rispetto al T1 ($p < .05$).

Il quarto item “*Mostra soddisfazione/benessere nel prendersi cura della figlia*” relativo alla soddisfazione nella cura della figlia ha un andamento progressivo verso il miglioramento, mentre il terzo e il quinto item, che richiamano ancora alla responsabilità di essere diventata madre, procedono con qualche difficoltà. A fronte di questi andamenti dei comportamenti della madre, gli atti degli educatori si mantengono stabilmente rivolti al sostegno della genitorialità e la conferma di un piccolo miglioramento è segnalato dalla diminuzione del valore medio al T₉ del secondo item che riguarda appunto la consapevolezza di essere madre.

Le osservazioni mostrano una difficoltà ad innescare il cambiamento evidente sia nei descrittori comportamentali che non migliorano il punteggio né si modificano, sia nelle strategie educative che si mantengono stabili. La riflessione di gruppo che analizza questi dati conferma una soggettiva sensazione di stallo, e si interroga su quali interventi attuare anche in considerazione di importanti cambiamenti nell’assetto del progetto (cambiamento dell’educatrice di riferimento, decisioni dell’assistente sociale circa l’aumento di incontri della bambina col padre).

Riflessioni conclusive, limiti del lavoro e prospettive

La riflessione sui modelli d’intervento rivolti alle comunità che accolgono minori o nuclei madre bambino è un tema di grande attualità poiché tali interventi risultano generalmente molto costosi, ma ancora poco impegnati a fornire evidenze sui risultati che ottengono.

La finalità di questo articolo è stata quella di illustrare le potenzialità in senso terapeutico, nell’accezione qui discussa, del metodo presentato e la sua applicabilità nelle comunità che accolgono nuclei di donne con figli.

Si tratta di un metodo elaborato, come ampiamente documentato nella parte introduttiva, tenendo presente i risultati più significativi della letteratura scientifica sia sugli esiti psicopatologici nei bambini e adolescenti cresciuti in condizioni di sofferenza e privazione, sia sui modelli di intervento residenziale discussi a livello internazionale e sia sulla nostra personale interpretazione della nozione *di ambiente terapeutico globale*.

Come abbiamo argomentato, la costruzione di un pensiero comune dovrebbe, nella nostra ipotesi, funzionare in senso terapeutico, fornendo al soggetto ospite la concretezza di un lavoro che lo pone al centro dell'attenzione di tutta l'equipe. Questo lavoro tuttavia si scontra con la situazione in cui sono lasciate molte comunità residenziali oggi, che funzionano spesso in situazioni precarie in assenza di garanzie economiche e socioculturali dovute ad un welfare sempre più indirizzato al risparmio piuttosto che a sostenere processi di supporto formativo ed economico. La costruzione di una riflessione comune, resa operativa tramite gli strumenti osservativi e di valutazione, contrasta fortemente con la tendenza attuale a considerare le strutture residenziali "come l'ultima spiaggia" per l'accoglienza di casi altamente problematici la cui eziologia va spesso ricondotta a interventi tardivi e frammentari e/o a veri e propri danni del percorso istituzionale. Questa precarietà, in termini di cultura, di supporto professionale ed economico, determina il prevalere nelle comunità residenziali di azioni più connesse a risposte di urgenza sociale e di frammentazione degli interventi rivolti agli utenti, piuttosto che alla qualità della progettazione erogata e della capacità riflessiva dell'equipe nei confronti di ogni caso accolto.

Il metodo da noi proposto, al contrario, rimanda alla necessità di considerare come obiettivo principale nel qualificare l'intervento residenziale, la costruzione di un pensiero condiviso dagli operatori reso efficace attraverso gli atti educativi e gli obiettivi previsti per l'utente con lo scopo di fronteggiare e ridurre la frammentazione degli interventi individuali dei membri dello staff.

Come è stato mostrato, per ogni nucleo madre/bambino/i lo staff ha individuato non più di 2 o 3 obiettivi, non sempre focalizzati sul rapporto coi figli; ciò testimonia che il metodo aiuta l'equipe a non perdersi nel generico mandato istituzionale relativo al "supporto alla genitorialità", focalizzandosi piuttosto sulla forma concreta che assumono i principali problemi identificati. Come hanno mostrato i risultati, il metodo si è mostrato efficace per seguire l'evoluzione dei soggetti, che in uno dei casi presentati è stata positiva verso il perseguimento degli obiettivi prefissati, mentre nell'altro ha evidenziato la difficoltà della madre a raggiungere i traguardi identificati. Questo costringe lo staff ad interrogarsi sul significato di tale situazione di impasse.

L'aspetto meno vantaggioso del metodo adottato, che al contempo costituisce anche il suo valore, si evidenzia nell'impossibilità di generalizzare lo strumento valutativo impiegato perché ancorato alla specificità della situazione del singolo soggetto osservato. Quest'ultima considerazione rimanda all'accezione, da noi adottata, di terapeuticità dell'intervento, strettamente connessa alla specificità dell'evoluzione del singolo soggetto in relazione all'intervento erogato.

Un limite importante, invece, nell'attuale applicazione dell'intervento è non aver incluso attivamente l'utente, nel nostro caso madri maggiorenti, nel processo di co-costruzione degli obiettivi educativi e degli atti necessari al loro raggiungimento. Un attento e mirato coinvolgimento di ciascuna di queste donne e madri nel progetto che si è predisposto per loro assieme all'équipe, avrebbe senza dubbio influito nel migliorare le loro capacità riflessive e di planning, considerate in letteratura due variabili essenziali nella prognosi della recuperabilità funzionale, in termini di autonomia di vita delle persone istituzionalizzate. Va precisato, che pur consapevoli di questo limite, abbiamo preferito rispettare la scelta della équipe coinvolta nella ricerca di misurarsi gradualmente con il metodo stesso, per poi pervenire, in un secondo momento, alla realizzazione della necessaria e auspicabile progettazione condivisa con le utenti.

Concludiamo infine con un rilievo formulato dallo staff che partecipa alla ricerca intervento e che ringraziamo vivamente: le educatrici hanno segnalato l'utilità del metodo di lavoro proposto e al contempo la sua onerosità in termini di tempo e risorse qualora non venga inserito stabilmente nel funzionamento della comunità. Dal nostro punto di vista il funzionamento in senso terapeutico di una comunità non può prescindere dagli elementi costitutivi di questo metodo di lavoro: la ricerca-intervento finisce quando il metodo è diventato il modo di funzionare della comunità.

Bibliografia

- Ainsworth, F., & Thoburn, J. (2014). An exploration of the differential usage of residential childcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23, 16–24.
- Autorità garante per l'infanzia. (2017). *La tutela dei minorenni in comunità. La seconda raccolta dati sperimentale elaborata con le procure della Repubblica presso i tribunali per i minorenni*. Roma: Marchesi Grafiche Editoriali.
- Barbaranelli, C., & D'Olimpio, F. (2007). *Analisi dei dati con SPSS (Vol 1)*. Milano: Led.
- Bastianoni, P. (2000). *Interazioni in comunità*. Roma: Carocci.
- Bastianoni, P., & Baiamonte, M. (2014). *Il progetto educativo nelle comunità per minori*. Trento: Erickson.
- Bastianoni, P., & Taurino, A. (2009). *Le comunità per minori. Modelli di formazione e supervisione clinica*. Roma: Carrocci.
- Bastianoni, P., & Taurino, A. (2012). Teorie metodi di interventi. Clinica e ricerca nelle comunità per minori. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 16, 65-154.
- Bastianoni, P., Zullo, F., & Taurino, A. (2012). La ricerca-intervento come processo formativo nelle comunità per minori: l'esperienza in un contesto residenziale per adolescenti. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 16, 133-143.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing.
- Bellonci, C., Holmes, L., & Whittaker, J. (2019). Re-Thinking Therapeutic Residential Care (TRC) as a preventive service: Examining developments in the US and England. *Residential Treatment for Children & Youth*, 36, 35-53.
- Bettelheim, B. (1977). *L'amore non basta. Trattamento psicoterapeutico dei bambini che presentano disturbi affettivi*. Milano-Trieste: Ferro Edizioni.
- Emiliani, F. (2008). *La realtà delle piccole cose*. Bologna: Il Mulino.

- Emiliani, F. (2014). Infanzia, pratiche quotidiane e rappresentazioni sociali. In A. Palmonari, & F. Emiliani (Eds.), *Psicologia delle rappresentazioni sociali* (pp. 41-94). Bologna: Il Mulino.
- Emiliani, F., & Bastianoni, P. (1993). *Una normale solitudine*. Roma: Carocci.
- Ezell, M., Spath, R., Zeira, A., Canali, C., Fernandez, E., Thoburn, J., & Vecchiato, T. (2011). An international classification system for child welfare programs. *Children and Youth Services Review, 33*, 1847-1854.
- Grossen, M., & Perret-Clermont, A. N. (1992). *L'espace thérapeutique*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Holden, M. (2019). A collection of notions about The other 23 hours. *Residential Treatment for Children & Youth, 36*, 21-26.
- Holden, M. J., Izzo, C., Nunno, M., Smith, E. G., Endres, T., Holden, J. C., & Kuhn, F. (2010). Children and residential experiences: A comprehensive strategy for implementing a research-informed program model for residential care. *Child Welfare, 89*(2), 131-149.
- Kohut, H. (1986). *Potere, coraggio e narcisismo*. Astrolabio-Ubaldini: Roma.
- Lee, B. (2019). The other 23 hours at 50: Special section of invited commentaries. *Residential Treatment for Children & Youth, 36*(1), 1-2.
- Le Poulter, F. (1990). *Recherches évaluatives en travail social*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Nunno, M., Sellers, D., & Holden, M. (2014). Implications of translational research for the field of residential child care. *Scottish Journal of Residential Child Care, 13*(3), 1478-1840.
- Palareti, L., & Berti, C. (2009). Relational climate and effectiveness of residential care: Adolescent perspectives. *Journal of Prevention & Intervention in the Community, 38*(1), 26-40.
- Redl, D. (1966). *When We Deal with Children: Selected Writings*. New York, NY: The Free Press, a Division of the Macmillan Company.
- Rutter, M. (1972). *Maternal deprivation reassessed*, London: Penguin.

- Rutter, M. (1990). Psychological Resilience and Protective Mechanism. In J. Ralf, A. Mastern, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, & J. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp.181-214). New York, NY: Cambridge University Press.
- Rutter, M., & Azis-Clauson, C. (2015). Biology and enviromental effect. In: A., Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling, & E. Taylor, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 285-302). UK: JohnWiley & Sons.
- Rutter, M., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Trieschman, A. E., Whittaker, J. K., & Brendtro, L. K. (1969). *The other 23 hours*. Chicago: Aldine Publishing.
- Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Scott, S. (2015). Residential and foster care. In: A., Thapar, D. S. Pine, J. F. Leckman, S. Scott, M. J. Snowling, E. Taylor, *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 261-272). UK: JohnWiley & Sons.
- Whittaker, J. K, Del Valle, J. F., & Holmes, L. (Eds.). (2014). *Therapeutic residential care with children and youth: Developing evidence-based international practice*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.
- Whittaker, J. K., Holmes, L., del Valle, J. F., Ainsworth, F., Andreassen, T., Anglin, J., Bellonci, C., ... Zeira, A. (2016). Therapeutic residential care for children and youth: A consensus statement of the international work group on therapeutic residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 33(2), (89-106).
- Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock.