

Come sostenere le fragilità genitoriali in istituzioni residenziali?

PAOLA BASTIANONI

Associata di Psicologia dinamica – Università degli Studi di Ferrara

Corresponding author: paola.bastianoni@unife.it

Abstract. This article proposes a reflection on the educational skills of residential institutions that welcome mothers with their children following the assessment of their vulnerability in terms of parental functioning. The reflections conducted will be supported by testimonies collected in various training contexts addressed to educators of the mother/child communities and in some group meetings held with mothers whose children have been entrusted to foster families. How can the residential community that welcomes them constitute itself as a “symbolic parent” to repair those ancient wounds that have made them incomplete daughters and now “fragile” mothers? These are the questions we are going to answer.

Keywords. Parenting narratives - residential communities - educational interventions

1. Introduzione

«Ci risiamo! Chissà per quanto starà qui?» Pensarono all'unisono le educatrici della comunità. Era stato comunicato loro un nuovo ingresso. Era la Mariana. E chi non conosceva la Mariana? Di nuovo? Ancora qui? Sì e con il quinto figlio. Si guardarono.

Mariana non era nuova alla comunità: era stata con noi quando era nata la sua seconda bimba. Lei allora l'aveva abbandonata. Dopo qualche mese se ne era andata. La piccola era stata affidata al padre. E poi era tornata con la quarta figlia, pochi mesi e di nuovo via. La bimba viveva ancora con noi.

La sua primogenita era stata affidata anni prima ad una zia, la terzogenita al padre.

Nessuna, proprio nessuna tra noi credeva che questa volta ce l'avrebbe fatta. Se ne sarebbe andata. Avrebbe lasciato il suo piccolo a noi, come sempre.

I figli io li faccio. I figli capitano e si sa come. Quando iniziano a crescere dentro li sento e non mi danno fastidio. Non mi hanno mai dato un problema! Io sono forte e anche loro. Nessun disturbo, nessuna nausea; quei nove mesi passano sempre velocemente e io continuo a fare tutto quello che ho fatto sempre, tutto davvero, proprio tutto. Quando nascono, mi devo fermare per un po', ma solo per un po', poi riprendo. Quando mi fermo loro dicono di aiutarmi; loro, i servizi. È la seconda volta che vengo qui. Ora sto per un po'

in questa casa di semi-autonomia; così la chiamano: in pratica posso stare con mio figlio di giorno, quando voglio e, se mi stanco, loro, le operatrici, vengono a prenderlo e lo portano a dormire di là, nell'altra casa, dove c'è anche l'altra mia figlia. Lo lavano, gli danno da mangiare, lo cambiano. Io così mi riposo e la notte dormo. Alla mattina me lo faccio portare - è il loro dovere - e non è che sia sempre molto soddisfatta di come lo trattano. È sporco e quelle tutine costose che compro sono grigie! Che orrore! Io non glielo mando a dire! Le voglio tutte indietro: le lavo io bene bene, come si deve fare! Le tutine vanno lavate bene e mio figlio deve essere sempre pulito! Quando lo visita il pediatra ci vado e guardo bene come lo svestono e guardo sempre se sotto è pulito, perché sulla pulizia io non scherzo! Non ho mai scherzato! E poi lei, la bimba! Quando vado di là neppure mi guarda, ma io la guardo eccome e vedo che ha sempre i capelli disordinati e allora le sgrido quelle lì, che ci stanno a fare? Perché sono pagate? Mia figlia i capelli deve averli in ordine e pettinati bene come i suoi vestiti, puliti e in ordine. Me ne occupo io anche di quelli, li lavo bene bene. Sono vestiti costosi, costosissimi; io per i miei figli non bado a spese. Spendo tutto quello che ho! Di sera ho ripreso a lavorare e ora mi tocca pure dire a queste che sono di nuovo incinta!

Mia madre e mio padre li vedo ogni tanto, io vivo qui in questa casa con altri bambini ed educatrici. Loro sono buone. Mi piacciono. Vanno e vengono ma poi tornano sempre. Ho capito quando vanno e quando tornano e non mi spavento più quando mi lasciano.

La settimana scorsa mia madre è tornata con un fratellino. È minuscolo. Piccolo, piccolo. Tutte le sere lui viene a dormire qui con noi, lei invece rimane di là nella casetta vicina dove sta di giorno con lui. Non viene qui alla sera, lo portano loro, le educatrici, il mio fratellino; lei passa ogni tanto il mattino per vedere come sta; guarda male le educatrici quando è un po' sporco e si mette a gridare perché suo figlio deve essere bello e pulito! Poi prende tutti i suoi vestiti e dice che loro non li lavano bene e che solo lei sa lavarli come si deve! A me, invece, guarda poco. Qualche volta mi si piazza di fronte e inizia a scrutarmi dal capo ai piedi: i suoi preferiti sono i capelli. Io ne ho tanti e sono lunghi. Quelli non vanno mai bene! Non sono ben pettinati, non sono lucidi, non sono come dovrebbero! Allora riprende a gridare alle educatrici che mi devono pettinare bene, lavare bene e vestire bene. I vestiti li compra lei e sono belli e costosi, dice, perché lei i soldi li ha e sono tanti e non è una pezzente come tutte le altre! Sua figlia e suo figlio devono essere vestiti bene e profumati bene, come si deve!

Lei tratta tutti come se fosse una regina; io, però, non mi sento una principessa! ¹

Nella narrazione le tre voci: l'educatrice, la madre, la figlia. Ho voluto rinarrare, con finalità esplicitamente educativa, questa storia incontrata, negli spazi della formazione, in una comunità che accoglie madri e bambini quando ho deciso di scrivere "Una regina come madre", storie di diritti negati ai nostri bambini e alle nostre bambine.

La "natura pedagogica delle parole" è alla base dell'educazione. Tutti noi, come afferma Demetrio (1999) impariamo molto dalle storie e l'apprendimento riguarda ciò che riconosciamo di noi, dell'altro e della relazione che la storia dispiega. Ciò che impariamo dalle storie può avere a che fare con contenuti che aprono a nuovi significati, o con vissu-

¹ P. Bastianoni, *Una regina come madre*, Bergamo, Edizioni Junior, 2021, p. 28.

ti nei quali ci riconosciamo o con significati e vissuti che attivano processi di conoscenza che ci allenano all'esercizio della composizione e della processualità narrativa che conduce ad un sapere esperienziale individuale e collettivo (Jedlowski, 1994).

La storia che ci accompagna in queste riflessioni è una narrazione a quattro voci. È il risultato dell'esercizio di ascolto di chi, il formatore in questo caso, ha facilitato la rottura del silenzio nei tre protagonisti dando vita ad un dialogo. È una narrazione che si apre con domande alle quali si cercherà di dare ulteriore voce nel testo: ridurre la vulnerabilità nella genitorialità di donne fragili accolte in situazioni residenziali assieme ai loro piccoli è possibile? Quali sono le competenze educative da esercitare perché questo obiettivo sia raggiungibile? Lo studio degli esiti è possibile con indicatori narrativi?

2. Il contesto narrante: figlie non accolte che non sanno accogliere

Le comunità che accolgono madri e bambini sono contesti residenziali destinati a madri che non sanno rispondere in maniera appropriata alle richieste dei propri figli. L'intervento residenziale nasce dall'esigenza e dalla responsabilità sociale di ridurre la potenzialità del danno evolutivo prevedibile dalla troppa esposizione alla vulnerabilità materna e alle conseguenti condizioni di rischio per la loro crescita. È necessario affiancare a questa prima considerazione la consapevolezza che una madre fragile è innanzitutto una figlia non curata, trascurata e/o abusata (Biffi, Macinai, 2019).

Le madri che entrano in comunità condividono una storia unica, ripetuta all'infinito in tutta la variabilità concessa dal maltrattamento genitoriale: sono figlie non viste nel passato e, nell'attualità, sono madri che non sanno riporre lo sguardo sui propri figli: scarsa sintonizzazione sulle richieste dei loro bambini/e sui loro specifici bisogni evolutivi, limitate capacità di cura e di regolazione, difficoltà nel porre limiti e nella comunicazione empatica e nel gioco.

Sono donne che dimostrano una fragilità lontana e che appaiono incapaci di rievocare appropriati modelli educativi per prendersi cura dei propri figli. Sono donne che non hanno potuto interiorizzare le cure primarie. L'esperienza della genitorialità che si riattiva con la generatività mette in campo narrazioni di cura. Laddove la semantica della cura e l'esperienza della stessa sono fortemente carenziate e/o assenti, l'esperienza genitoriale manifesta il suo malfunzionamento e produce danni, spesso irreversibili (Iori, 2015).

Le madri accolte in comunità sono sprovviste di buone narrazioni di cura. Al pianto del loro bambino rispondono con noncuranza o con violenza o con spavento, immobilizzandosi o alternando violenza e immobilismo. La risposta della cura che si traduce in consolazione immediata e holding materno non compare nei modelli interiorizzati nei primi anni di vita che, inconsapevolmente, agiscono oggi nella risposta di noncuranza, di violenza o di immobilità conseguente allo spavento.

Nel proprio corpo, nella memoria procedurale relativa alle routine di cura ricevute da bambine, non ci sono tracce di consolazione e la sintassi e la semantica dei loro abbracci narrano quel vuoto incolmabile che lascia i loro figli nell'angoscia del pianto senza che la consolazione possa occupare il posto primario che le compete (Di Luca, Cappelluccio, 2021).

Lo spavento interiorizzato da piccole ha prodotto soltanto narrazioni paurose e prossime alla dissociazione, se non francamente dissociate.

Ne vediamo alcune. Sono storie uniche che non consentono una trama diversa, un finale a sorpresa.

Prima storia unica: *Immobilismo*. La madre di fronte al suo bambino che piange non reagisce. Diamo voce simbolica alla sua narrazione che non trova espressione nelle parole e nei gesti.

Di chi è questo pianto? Chi sono io? Sono io che piango? Non vengo consolata? Sono io che devo consolare? Chi devo consolare? Mamma? Dov'è la mamma? La mamma non c'è ora. Non c'è mai stata. Sono di nuovo sola. Sola come sempre. Sola. Sono il mio pianto. Rimango lì a piangere (io neonata lasciata sola di nuovo a piangere). Io mamma non ci sono (non c'è mai stata la mamma a consolarmi). Resto immobile. (Il bambino che non vede, resta solo a piangere. Rimane lì nell'angoscia, non contenuta dall'assenza materna, dopo un po' di tempo smette di piangere.)

Sono le narrazioni che, in assenza di parole, affidano al minimalismo dell'immobilità il testo narrativo e l'espressività dei gesti.

Seconda storia unica: lo *Spavento*. La madre è di fronte al suo bambino che piange. Lei urla. Lui continua a piangere. Lei urla più forte. Lui continua a piangere ancora più forte. Le urla sono sempre più intense.

Restituiamo allo spavento le parole non dette della madre.

Lui sta piangendo. Non so cosa fare. Continua a piangere. Ci provo ma non riesco. Piange più forte. Aiuto? Chi mi aiuta? Nessuno mi aiuta. Nessuno mi ha mai aiutato. Sono lì che piango. Chi piange ora? Io? Lui? Io. Sono di nuovo qui sola. Piango. Piango forte. Questo pianto deve cessare. È troppo forte. Il pianto è insopportabile. Deve cessare. Urlo più forte per non sentirlo. Urlo ancora di più. Non posso sentirlo. (Il bambino non consolato rimane solo a piangere spaventato dalle urla materne sempre più intense).

Le sequenze descritte sono *pièce* teatrali a soggetto unico. Nel palco si delineano personaggi che perdono progressivamente la loro individualità per lasciare il campo ad un unico soggetto bloccato nella parte che gli è stata affidata all'inizio della sua storia relazionale; da sempre forzato a ripetere la stessa sequenza narrativa.

In che rapporto stanno le esperienze carenti di figlie trascurate nell'infanzia con l'attuale incapacità genitoriale di queste madri? Lo abbiamo descritto con la potenza narrativa inscritta in ogni buona storia. Raccontiamo la stessa storia con i costrutti narrativi della teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1989). Le esperienze interattive precoci che viviamo, giorno dopo giorno, nelle routine delle cure che riguardano il nostro corpo lasciano una traccia nel nostro archivio corporeo. È una traccia preverbale, emotiva e procedurale, legata cioè alle sequenze interattive. I contenuti di questa traccia narrativa, prototipo di tutte le narrazioni relazionali della nostra vita affettiva, riguardano noi stessi, l'altro e la relazione. Precocemente apprendiamo dalle cure del corpo chi siamo, se siamo consolabili e quindi amabili, se l'altro è una base sicura alla quale tornare quando siamo in pericolo e se la relazione rappresenta una condizione di benessere, oppure se tutto questo non è apprendibile perché non è regolare o ancora che per essere consolati bisogna accondiscendere le richieste di chi ci cura e, infine che non esiste consolazione ma paura (Riva Crugnola, 2008).

A un anno di età, attraverso la *strange situation*, possiamo già identificare quale modello operativo interno di sé, della relazione e dell'altro, quel bambino avrà interiorizzato. Lo possiamo fare codificando i suoi comportamenti e quelli del suo caregiver in risposta a una fonte di stress di sempre maggiore intensità.

Dalle storie narrate da quei comportamenti in reciproca interazione si potrà già intuire quale modello operativo interno guiderà i comportamenti relazionali futuri di quel piccolo nelle situazioni di pericolo.

Non solo, con una buona percentuale di approssimazione possiamo ipotizzare quale modello operativo interno della relazione svilupperà il figlio di un anno a partire dalle narrazioni della propria storia di attaccamento effettuate da sua madre in gravidanza intervistata tramite un'intervista semistrutturata denominata A.A.I (Adult Attachment Interview).

I modelli operativi interni informano di sé i comportamenti già dopo il nono mese di vita. Dai tre anni ai modelli operativi interni si affiancano i modelli narrativi dell'attaccamento che permettono al bambino di raccontare di sé e della relazione anche attraverso il mediatore verbale (Lavelli, 2007).

Le storie uniche narrate rimandano a modelli operativi interni disorganizzati/disorientati. Al pianto del piccolo, l'adulto non risponde con la consolazione necessaria, ma rimane bloccato o, peggio, spaventa, invece di consolare. Il bambino, a sua volta, non può mettere in atto una strategia di comportamento organizzata e rimane inconsolato e impossibilitato nella richiesta di aiuto. La continuità della disfunzionalità nei comportamenti agiti viene assicurata dalla continuità del contesto relazionale in cui la storia viene continuamente narrata con le stesse sequenze affettive e comportamentali in una comunicazione stereotipata e troppo rigida. È attraverso la continuità dei modelli operativi interni che avviene la trasmissione intergenerazionale del rischio genitoriale.

La possibilità di interrompere la continuità della trasmissione del modello dipende strettamente dal funzionamento dei processi protettivi che possono intervenire, in ogni momento della vita, ma possibilmente nei periodi più sensibili per l'interiorizzazione degli stessi, attraverso l'accesso a nuove opportunità relazionali. Il cambiamento dei modelli disfunzionali è affidato a interazioni di segno opposto a quelle che hanno favorito l'interiorizzazione precedente (Mangino, 2020).

Immaginiamo quindi quale ruolo potente svolgano le nuove narrazioni di cura che si iniziano a delineare a partire da eventi relazionali coerenti e costanti che realizzano una forte discontinuità con quelli passati.

Può la comunità residenziale che accoglie figlie disorganizzate ora madri disorganizzanti costituirsi come "genitore simbolico" per andare a riparare nell'attualità quelle ferite antiche che le hanno rese da figlie incompiute a madri "fragili"?

Sono i quesiti ai quali andremo a porre risposta con attenzione specifica alla capacità genitoriale simbolica svolta dal contesto residenziale indispensabile a realizzare quei processi protettivi in grado di ridurre la fragilità genitoriale di figlie/madri non ancora riparate dalle primarie ferite dell'infanzia.

3. Le comunità che accolgono madri e bambini possono ridurre la vulnerabilità genitoriale?

In linea generale le comunità residenziali, anche note come *residential care* nel mondo anglosassone, sono realtà considerate come l'ultima spiaggia tra gli interventi possibili, sia in Italia che a livello internazionale (Bellonci et al., 2018). Non è una buona premessa per raccontare il funzionamento protettivo di un contesto che solo potrebbe resti-

tuire a quelle figlie trascurate, ora madri trascuranti, un'occasione relazionale perturbativa. Il dolore dell'assenza è l'esperienza primaria delle figlie- madri accolte in comunità. Il dolore usa spesso il linguaggio della rabbia, del ritiro relazionale, dell'offesa, delle accuse. La relazione educativa è innanzitutto capacità di cura (Boffo, 2011), per questo le madri accolte in comunità hanno necessità di regredire, nel senso winnicottiano del termine, per poter riparare la carenza di cure materne nell'infanzia. Hanno bisogno di essere curate come figlie per accedere al ruolo genitoriale attuale.

In un focus group realizzato anni fa in un progetto per il sostegno alla rielaborazione della perdita della responsabilità genitoriale condotte con alcune donne del territorio romagnolo mi sono soffermata su alcune affermazioni effettuate da queste donne giovani e non giovani. Erano dodici. Le loro storie si avvicinavano nel dolore della perdita dei propri figli, nell'amarezza dell'attualità e nel riconoscimento degli errori compiuti. Donne tra i 27 e i 47 anni, italiane e straniere, con uno o più figli, single o separate, accomunate da una buona capacità riflessiva e da autenticità affettiva. Una di loro condivise con il gruppo questa riflessione: *"In comunità mi dicevano di occuparmi di mia figlia. Io non ne ero capace. Chiedevo il loro aiuto ma mi rimandavano al mio compito genitoriale. Un giorno sono impazzita. Il suo pianto non si fermava. Sono scappata. Ho sbagliato. L'ho lasciata in comunità. Sara aveva solo 18 mesi e io 21 anni. Ora sono di nuovo incinta; ho un compagno. La chiamerà Lara. Sara è in affidamento familiare. La vedo poco. Lei stenta a riconoscermi; meglio così. So che la trattano bene. Ho sbagliato, lo so. Ma nessuno mi ha insegnato a fare la mamma, neppure loro le educatrici che dovevano farlo. A cosa servono le comunità allora?"* La trovo una narrazione potente nella sua autenticità. Le comunità per madri/bambini se non consentono il sostegno alla genitorialità nella duplice funzione di sollievo e di esperienze favorevoli di genitorialità rivolte alle madri curate come figlie per essere madri sufficientemente buone, falliscono il loro compito (Schenetti, 2008). Condivido una seconda narrazione che in quel cerchio denso di dolore e di autenticità mi ha permesso di comprendere più di quello che pensavo potesse essere necessario: *"I miei figli ora hanno 8 e 10 anni. Da quando hanno 6 anni vivono con una famiglia affidataria. Prima hanno vissuto con me e il mio compagno, il loro padre. Avevano due e quattro anni quando la polizia ci ha portato in una comunità protetta. I vicini, esausti dalle nostre liti, una sera hanno chiamato la volante che ci ha messo in protezione: io e i miei figli. Due anni in comunità e due anni in casa noi tre e poi di nuovo la separazione. Ho sbagliato, lo so. Non ero una buona madre, non riuscivo a mandarli a scuola tutte le mattine. Dopo la comunità ci ho provato ma non ce l'ho fatta. Ma ora stiamo diventando estranei e questo dolore mi uccide. Ci vediamo in questo Centro per le famiglie ma cosa posso fare io con loro? Nulla! Se fossimo a casa nostra, anche solo per un pomeriggio, potrebbero ritrovare la nostra storia, nelle pareti della casa, nelle foto appese, nella loro stanzetta che ora è ordinata e pulita. Potrei prepararargli la merenda e ridere un po' assieme sul divano. Qui, non possiamo fare nulla di tutto questo. Lo spazio protetto, lo chiamano. Protetto da chi? Non ho mai alzato le mani io sui miei figli e qui non posso essere per loro che un'estranea in un posto estraneo. Mi hanno rubato la loro infanzia, ma io ho sbagliato lo so, e questo è il prezzo."* Si possono davvero recuperare le funzioni genitoriali in luoghi residenziali che non riescono a generare la filiera della cura? Contesti che generano estraneità invece di contribuire a realizzare storie possibili per bambini che sono già in protezione sono davvero protettivi?

Il dubbio è che si scelgano soluzioni organizzativamente più semplici: l'incontro in luogo protetto anche in assenza di un rischio attivo, senza un'accurata valutazione della finalità di quegli incontri. Mantenere un legame nella distanza è impegnativo ma possibile, se il sistema di protezione prevede incontri a casa con l'accompagnamento educativo; diventa, invece, impossibile in luoghi estranei ma comodi solo a chi l'incontro lo deve monitorare (Sità, 2005).

Rimanere madri, dopo aver generato i propri figli, è per alcune donne che non hanno accesso a narrative di cura interiorizzate una sfida evolutiva complessa. Si può affrontare questa sfida con il sostegno di un contesto non giudicante, supportivo, attento e relazionalmente competente. Le madri hanno bisogno di confrontarsi con operatori esperti e accoglienti che siano in grado di restituire la loro competenza a partire dagli aspetti residuali del loro funzionamento genitoriali. Hanno bisogno di esperienze diadiche favorevoli con educatori sui quali proiettare il proprio bisogno di cura e di attenzione e di esperienze di gruppo regolari che consentano loro di confrontarsi, ascoltare, sentirsi riconosciute per costruire nuove appartenenze e risignificare le proprie storie (Iori, Rampazi, 1999).

Nello specifico, gli incontri di gruppo sono finalizzati a promuovere la consapevolezza delle proprie risorse a partire dal riconoscimento delle inevitabili difficoltà, a promuovere l'espressione dei propri bisogni, a incrementare la riflessività e le capacità comunicative, attraverso attivazioni di gruppo con tecniche volte a facilitare la partecipazione (simulate, collages, role playing), la condivisione emotiva, il gioco che consentono di recuperare il piacere dello stare assieme e la possibilità di simbolizzare ciò a cui a fatica si riesce a dare nome. Accanto al sostegno del gruppo, occorre il sostegno nella cura ai figli, il piacere di condividere senza sentirsi escluse e sbagliate, senza sentire lo sguardo vigile e giudicante ma partecipando a un'interazione triadica circolare che rimanda affettività positiva, dialogo circolare di gesti e vocalizzazioni, o di dialoghi sonori e corporei a seconda dell'età del piccolo. In questa dimensione triadica, anche la madre più carente, può progressivamente collocarsi nella prossimità dell'esperienza genitoriale a cui non ha avuto accesso da bambina, può assaporare il piacere della condivisione, la leggerezza della cura che le viene rivolta riducendo ansie e competizioni inconsapevoli con il proprio piccolo (Zambianchi, 2012). Si affianca al sostegno, il sollievo genitoriale che va quotidianamente garantito alle madri in comunità perché possa ridursi il fallimento genitoriale. Una madre che ha possibilità di accedere durante la giornata anche ad altre funzioni che non siano la sola genitorialità, recupera nella sua adultità di donna, di amica, di sorella simbolica, di lavoratrice, ruoli che solo possono integrare il ruolo genitoriale agli altri funzionamenti adulti. Si può aiutare una donna in comunità a prendersi cura del suo corpo, della sua istruzione, della sua socializzazione, consentendole il tempo di frequentare un corso professionalizzante, un corso di italiano se straniera, un corso universitario se ama studiare, prendendosi cura dei suoi figli nelle ore i cui necessita di tempo e concentrazione per gli altri obiettivi della sua vita che non si possono limitare ed esaurire nelle funzioni genitoriali. La comunità residenziale deve porsi obiettivi di sollievo per le madri accolte, aiutandole sul piano organizzativo attraverso azioni di supporto quotidiane svolte prevalentemente nel contesto abitativo, oppure mediante l'accompagnamento dei bambini a istituzioni-servizi sociosanitari-scuola-comunità.

4. Dopo le dimissioni: l'intervento di home visiting per il sostegno alla genitorialità

L'*home visiting* (HV) è una forma di intervento rivolta alle famiglie vulnerabili con la finalità di prevenire le forme di maltrattamento a danno delle persone di minore età e di supportare lo sviluppo del minore attraverso il sostegno genitoriale² (WHO, 2006). Nei contesti familiari vulnerabili, prim'ancora dell'insorgenza del danno, l'HV complessivamente mira a prevenire le forme di maltrattamento a carico dei figli, puntando sull'interruzione della replica invariata di esperienze sfavorevoli secondo un'asse transgenerazionale ("genitore-figlio-genitore-figlio"), e dunque limitare la coazione a ripetere modelli comportamentali disfunzionali (PedroccoBiancardi, 2018). Può essere impiegato, in maniera molto proficua, per sostenere la genitorialità di coppie genitori/figli o di famiglie che si ricompongono dopo la permanenza residenziale in comunità madre/bambino.

Come suggerisce il termine, la caratteristica fondamentale dell'HV è rappresentata dalla possibilità di realizzare un'azione di sostegno *diretto* delle famiglie vulnerabili all'interno del *contesto domiciliare*. Per questa peculiarità, L'HV fornisce una prospettiva privilegiata di osservazione, poiché permette di monitorare direttamente l'ambiente di vita del minore così come le dinamiche familiari che si svolgono nell'ambiente di vita quotidiano. L'*home visiting* consiste in diverse azioni di supporto alle interazioni genitore/figlio con lo scopo di promuovere e potenziare routine relazionali strutturate e sintoniche a scapito di quelle disfunzionali che, purtroppo, sostanziano la storia relazionale. Concretamente l'intervento di HV si realizza mediante una cooperazione con i genitori nella gestione delle interazioni di cura con i propri figli, nelle faccende domestiche, nell'organizzazione della vita quotidiana, nella promozione di particolari routine favorevoli per il benessere del figlio e in interventi rivolti al supporto del benessere del genitore. Nello specifico, il delicato ruolo di chi è chiamato a svolgere il sostegno relazionale si realizza con la mediazione e la facilitazione di specifiche funzioni genitoriali, senza sostituzioni ai genitori stessi. Per svolgere adeguatamente questo difficile compito è necessario sforzarsi di non "fare al posto" del/i genitore/i, soprattutto quando si percepiscono comportamenti a rischio o inadeguati. Senza sostituzione, dunque, è necessario cercare di intercettare le potenzialità dei genitori, e di metterli nelle condizioni di riuscire, a decodificare i bisogni del/i bambino/i, a rispondere in maniera sintonica alle svariate istanze espresse, a giocare con il bambino senza essere eccessivamente intrusivi, a supportare il minore nel raggiungimento di specifici compiti evolutivi e così via. Tutte queste azioni, inoltre, devono tener conto delle dinamiche e delle processualità che si verificano all'interno del contesto domiciliare tra i vari componenti familiari. In questo senso, è necessario prestare attenzione a eventuali conflittualità, alle alleanze collusive e/o espulsive verso un componente, alla designazione di un "capro espiatorio" a cui imputare le problematiche percepite, così come agli atteggiamenti preferenziali nella fratria, alla presenza rigida o all'assenza lassiva di confini, alla definizione e al rispetto dei ruoli (Barni, 2020).

² WHO, in italiano OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) definisce l'HV uno strumento idoneo a prevenire le violenze a danno dei minori, intendendo con ciò tutte le forme di maltrattamento fisico ed emotivo, abuso sessuale, abbandono e atteggiamento negligente nei confronti del bambino, nonché ogni forma di sfruttamento commerciale o di altro tipo; come verrà definito di seguito, è necessario che l'HV risponda a precisi requisiti di qualità per raggiungere gli obiettivi perseguiti.

5. Conclusioni

In sintesi un intervento di sostegno alla genitorialità rivolto a madri che usufruiscono o hanno usufruito dell'intervento residenziale di sostegno alla genitorialità necessita: a) un'azione sistematica centrata sul sostegno precoce al/ai genitore/i e al loro disagio, soprattutto quello connesso agli intrecci traumatici generati dall'esperienza parentale con le esperienze sfavorevoli subite nella loro infanzia; b) l'accesso a esperienze di cura favorevoli in cui venga riparata nelle interazioni attuali con le educatrici in comunità e negli interventi successivi di home visiting, quella storia relazionale antica carente o traumatica e traumatizzante; c) la co- costruzione, con adulti relazionalmente competenti e affettivamente autentici, di routine quotidiane relazionali con i propri figli strutturate e strutturanti d) un monitoraggio rigoroso che consenta di verificare il recupero delle competenze genitoriali e concretamente l'interruzione di eventuali condotte maltrattanti, così come i progressi di benessere del figlio e di tutto il nucleo; e) formazione e supervisione costante al sistema educativo che fornisce il sostegno genitoriale al nucleo perché possa attivarsi e mantenersi la variabile protettiva rappresentata dalla filiera della cura: curare chi cura perché possa curare, interrompendo la carenza intergenerazionale del breakdown genitoriale (Bastianoni 2012).

Bibliografia

- Barni D. (2020), *Transizioni familiari. Affrontare i compiti di sviluppo*, Edizioni Studium, Roma.
- Bastianoni P. (2012), La cura del bambino in casa. E' possibile curare senza allontanare? Il sostegno alla genitorialità fragile: il progetto di affiancamento in *Minori giustizia*, 1, pp. 212-219.
- Bellonci, L. Holmes, W. James (2018), Re-Thinking Therapeutic Residential Care (TRC) as a Preventive Service: Examining Developments in the US and England, in *Residential Treatment for Children & Youth*, 36, 1, pp. 35-53.
- Biffi E., Macinai E, (2019), *Violenza e maltrattamento sui minorenni*, Franco Angeli, Milano.
- Boffo, V. (2011), *Relazioni educative: tra comunicazione e cura*, Apogeo Education, Ravenna.
- Bowlby J.(1988), *Una base sicura*, Cortina, Milano.
- Demetrio D. (1999), *Micropedagogia. La ricerca qualitativa in educazione*, La Nuova Italia, Firenze.
- Di Luca A., Cappelluccio R. (2021), Riflessioni sull'abuso sessuale da parte delle madri. Rivelazioni, trauma e trattamento dei bambini abusati dalle donne, in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*,3, pp. 115-138.
- Fonagy P., & Target M. (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Cortina, Milano.
- Iori V. (2015), I luoghi oscuri dell'educazione e le zone buie della pedagogia, in Iori V. e Bruzzone D. (a cura di), *Le ombre dell'educazione*, Franco Angeli, Milano.
- Iori V., Rampazi M. (1999), *Storie di famiglie: bisogni e risorse nei racconti di vita familiare a Reggio Emilia. Osservazione permanente sulle famiglie*, Guerini, Milano.

- Jedlowski P. (1994), *Il sapere dell'esperienza*, Il Saggiatore, Milano.
- Lavelli M. (2007), *Intersoggettività*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Mangino R. (2020), Infanzia e adolescenza tra socialità e solitudine, in *Rivista di Scienze Sociali*, 21.
- Nievar M.A, Van Egeren L.A., & Pollard S.E. (2010), A meta-analysis of home visiting: Moderators of improvements in maternal behavior, in *Infant Mental Health Journal*, 31(5), pp. 499-520.
- Pedrocco Biancardi M.T., Sperase L., & Sperase M. (a cura di) (2008), *La Cicogna miope. Dalla famiglia che violenta alla famiglia che ripara*, Franco Angeli, Milano.
- Pedrocco Biancardi, M.T. (2004) (a cura di), Prevenzione del disagio e dell'abuso all'infanzia, in D. Bianchi, (a cura di), *La prevenzione del disagio nell'infanzia e nell'adolescenza*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Istituto degli innocenti.
- Riva Crugnola C. (2008) (a cura di), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Schenetti M. (2008), Sostegno alla genitorialità. Il ruolo dei centri per Bambini e Genitori, in *Ricerche di Pedagogia e Didattica*, 3, pp. 1-47.
- Sità C. (2005), *Il sostegno alla genitorialità. Analisi di modelli di intervento e prospettive educative*, editrice La scuola, Brescia.
- Zambianchi E. (2012), Supporto alla genitorialità: tipologie di intervento e percorsi formativi, in *Formazione & Insegnamento*, 3, pp. 79-94..