

SCRITTURA IN CONSULTORIO FAMILIARE
Le relazioni per il Tribunale dei Minori – annotazioni propedeutiche

Lo scritto come gestalt

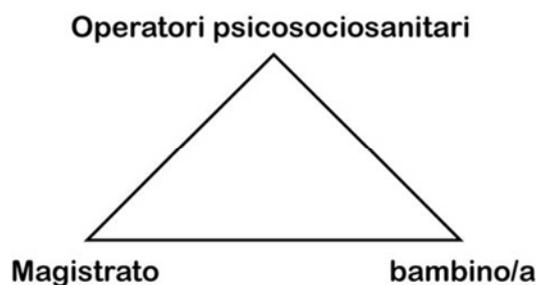
Come il volto umano, una relazione consulenziale scritta dagli operatori dei Servizi psicosociosanitari per la Magistratura minorile non è la sommatoria delle singole parti ma un “insieme”: cioè una gestalt. Ne deriva che tale relazione scritta non è una “indagine sociale” né una valutazione psicodiagnostica, né la sommatoria delle due. In un contesto lavorativo consultoriale la “relazione” per il Tribunale dei Minori è atto complesso che va al di là del compito del singolo professionista di scrivere il resoconto di una indagine sociale o di un profilo di personalità o di una valutazione delle capacità genitoriali: è una gestalt che integra in sé i lavori dei diversi professionisti del Consultorio (e del Servizio Sociale comunale quando si riesce a lavorare assieme) e che si prefigge il compito di individuare ed indicare il “bene” del minore a rischio; il bene nel breve, nel medio e nel lungo periodo, la strategia delle Istituzioni preposte alla sua tutela, gli interventi tattici.

La domanda da parte dell’Autorità Giudiziaria (implicita nel mandato istituzionale di cui alla legislazione istitutiva dei Consultori Familiari), è principalmente di tipo consulenziale ed ha per oggetto i minori in difficoltà; la Magistratura si appoggia ai tecnici del settore per avere, attraverso la loro professionalità, un orientamento nel compito: quello di prendere le migliori decisioni per il futuro del minore. Tale domanda, espressa nelle formule della fredda e asettica modulistica del rito giudiziario, non va presa alla lettera ma è da sottoporre ad interpretazione. I redattori delle relazioni dunque sono continuamente chiamati ad un esercizio di confronto fra

- ✓ il dato osservato nella pratica sociale e clinica e l’osservazione di se stessi in quanto persone che con la propria complessità interagiscono sulla scena relazionale;
- ✓ il mandato scritto da parte dell’Autorità Giudiziaria e la sua inevitabile interpretazione;
- ✓ le modalità di utilizzo dello strumento comunicativo che in questo caso è la lingua italiana scritta.

Prima di spedire il testo di una relazione su un minore sarebbe auspicabile sottoporlo a verifica attraverso riflessioni che hanno un certo grado di complessità e che non possono prescindere:

1. dall’ipotizzare un progetto di intervento psicosociosanitario per il bene e l’interesse del minore che goda degli auspici dell’Equipe Consultoriale e del Servizio Sociale Comunale dirimpettaio;
2. dal confrontare il progetto di intervento con la legislazione vigente e con gli orientamenti interpretativi del Tribunale dei Minori per selezionare e proporre solo ciò che è realisticamente fattibile;
3. dal rivedere infine il testo scritto nella sua veste linguistica pensando ai suoi destinatari – la Magistratura – verificandone la comprensibilità, i livelli e le probabilità di ritraduzione e travisamento **(1)** da parte del Magistrato.



(1) non ci si riferisce ad un travisamento intenzionale da parte del Magistrato, ma ad una caratteristica generale della mente umana che, di regola, organizza qualsiasi percezione sensoriale attribuendovi significati che sono inevitabilmente delle costruzioni soggettive: ne consegue che ogni lettore attribuisce allo scritto che ha di fronte significati diversi da ogni altro lettore; è ciò che accade a ciascuno di noi ed anche al Magistrato cui vengono indirizzate le nostre relazioni.

In tal senso una équipe curante di Consultorio Familiare (integrata con il Servizio Sociale Comunale) è continuamente chiamata ad un esercizio di critica del modo di scrivere i propri elaborati per migliorarne la qualità comunicativa: la continua verifica dei risultati ottenuti con gli scritti già inviati all'Autorità Giudiziaria costituisce una modalità essenziale di riscontro (audit).

Centratura dello scritto

La Legislazione assegna al Consultorio Familiare la tutela dei minori e la tutela della salute della donna e della famiglia. Nel caso di minori a rischio però l'interesse dei figli entra quasi sempre in collisione con quello dei familiari e agli operatori si impone una scelta fra interessi contrastanti e antagonisti: noi riteniamo che per tutelare il minore si debba scegliere di stare solo dalla sua parte. Il vertice dell'attenzione sul bambino entra in competizione con l'attenzione alla salute della donna, della coppia e della famiglia, e se si sceglie il primo dei due vertici, si determina una scala di priorità che, adottata nel lavoro quotidiano, salva gli operatori dalla confusione, rende più semplice l'orientamento nel lavoro ed assicura, nel versante della tutela minori, dei risultati migliori. Resta il bisogno che qualcuno si prenda cura degli adulti coinvolti, ma in tal senso è necessario che il Consultorio Familiare sia "in rete" con altri servizi territoriali della salute mentale fra cui redistribuire le competenze.

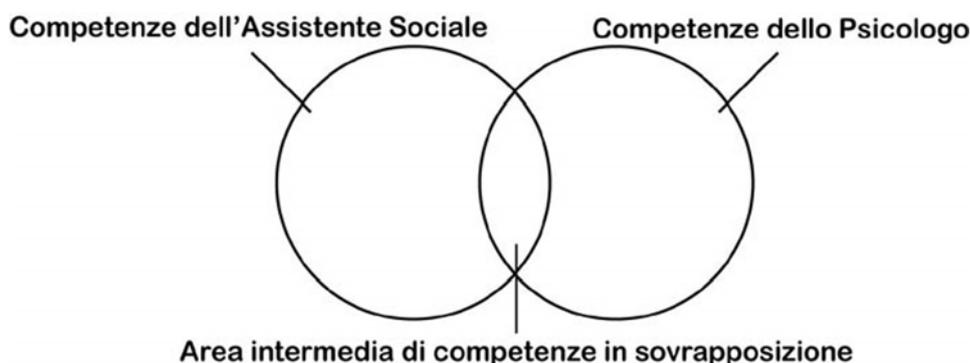
Chiariti quindi il compito e le priorità istituzionali, gli operatori possono disporsi mentalmente "senza se e senza ma" dalla parte del bambino e guardare il mondo, la vita, il futuro – mentre si studia il caso - dal suo punto di vista. In particolare l'operatore potrà:

1. chiedersi strategicamente: "quale potrà essere il futuro di questo bambino? Che ne sarà di lui? Fra un anno; fra 5 anni; fra 10 anni?"
2. mettere al centro del proprio pensiero ogni bambino come fosse il proprio (nursing), con il suo bisogno di cure ritmiche, intensive e costanti nel tempo.

Gli autori della relazione; l'integrazione fra le professioni

I redattori dello scritto all'interno del Consultorio Familiare della ASL (in integrazione con l'Assistente sociale del Servizio sociale comunale) sono lo psicologo e l'assistente sociale che possono avvalersi dei contributi di altri operatori (Neuropsichiatria infantile, Pediatra, Ginecologo, Ostetrica, Logopedista, ecc.).

Certamente alcune informazioni sulla dimensione sociale della realtà osservata e studiata ed alcune impressioni sul carattere delle persone oggetto dell'esplorazione possono essere una competenza comune alle due professioni: per esempio il compito di interpretare la domanda insita nel provvedimento del Tribunale dei Minori oltreché provvedere ai colloqui di primo accoglimento e raccogliere le prime notizie anamnestiche; questi aspetti comuni costituiscono un'area intermedia fra le competenze dello psicologo e quelle dell'assistente sociale di carattere generalista da "operatore unico" (1).



(1) Il cosiddetto "operatore unico" si riferisce ad una ideologia dei servizi psicosociosanitari in voga negli anni '70 in base alla quale nei servizi territoriali, allora appena istituiti, qualsiasi operatore del servizio attuava una cura globale dell'utente indipendentemente dalla propria professione.

Gli specifici professionali

I professionisti non possono formulare un progetto di intervento senza una diagnosi e una prognosi; né possono accettare di agire sulla base di una diagnosi e prognosi fatta da altri senza che la stessa sia stata preventivamente condivisa. Può succedere che istanze della Magistratura giungano a prescrivere interventi di carattere psicosociale sulla base di valutazioni estranee al Servizio per poi decretarne la realizzazione affidandola agli operatori competenti per territorio: se dal punto di vista giuridico i Servizi Psico-socio-sanitari sono subalterni alla Magistratura, dal punto di vista della deontologia professionale gli operatori portano la responsabilità degli interventi attuati e della loro eventuale inutilità, inappropriata o peggio iatrogenicità e pertanto non possono prescindere da una propria diagnosi e prognosi.

I dati ed i fenomeni osservati e la loro raccolta e significazione sono compiti specifici di ciascuna professione.

L'Assistente Sociale si muove maggiormente sul piano della concretezza del mondo esterno al soggetto e cerca di comprendere:

- ✓ la composizione e la storia del nucleo familiare;
- ✓ le storie dei due genitori;
- ✓ lo stato delle relazioni con le famiglie di origine; (genogramma, mappa trigerazionale della famiglia d'origine del bambino)
- ✓ l'attività lavorativa dei componenti (regolarità, andamento, reddito, ecc.);
- ✓ organizzazione della famiglia (chi fa che cosa, orari ruoli, gerarchie, relazioni, alleanze e conflitti tra i componenti, ecc.);
- ✓ qualità della rete relazionale del nucleo;
- ✓ stato di benessere dei minori: adeguatezza delle cure, frequenza e rendimento scolastico, socializzazione, ecc.;
- ✓ ricostruzione dei rapporti tra il nucleo ed i servizi sociosanitari, degli interventi attuati e dei risultati ottenuti;
- ✓ raccolta di informazioni delle figure professionali coinvolte: pediatra, scuola, parrocchia ecc.;
- ✓ mappa della rete dei servizi (anche volontariato) coinvolti sul caso;
- ✓ livello di consapevolezza dei genitori rispetto alle difficoltà che presentano ed al tipo di aiuto che necessitano; loro disponibilità a collaborare;
- ✓ storia dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria
- ✓ valutazione della necessità di interventi urgenti di tutela.

Lo Psicologo Clinico ha il compito specifico della psicodiagnosi. Sono molteplici le metodiche per ottenere tale prodotto. Tuttavia è la qualità delle valutazioni che fa la differenza in termini di utilità per il Magistrato. E' sterile il semplice ricorso ai criteri di diagnosi del DSM IV o dell'ICD 10 o del profilo funzionale ex Legge 104/1992. E' più utile tentare di formulare ipotesi sui meccanismi di funzionamento mentale dei soggetti coinvolti nella ricerca, sulle motivazioni che li spingono a certi comportamenti, sul tipo di esperienze che il soggetto ha di sé o degli altri, sul modo in cui si sono sviluppate nel tempo le caratteristiche di personalità (i tratti caratteriali). In sintesi il clinico dovrebbe essere in grado di andare oltre una diagnosi descrittiva dei tratti di personalità trattati come qualità stabili nel tempo e nelle diverse circostanze tanto da diventare etichette (ad esempio: "è uno psicotico", oppure: "è un border") ed estrapolare piuttosto indicazioni su come l'individuo funziona dal punto di vista cognitivo, affettivo e comportamentale ed in quale modo è capace (o incapace) di adattarsi alle più svariate e molteplici circostanze della vita. In verità, ciò che sarebbe utile esplorare quando si tratta di prendere decisioni sul destino di bambini svantaggiati, sono piuttosto le capacità genitoriali (della famiglia d'origine, di quella affidataria, ecc.) e per quanto riguarda i bambini, i livelli ed il deficit di sviluppo nonché le caratteristiche delle persone con le quali il bambino da aiutare si suppone possa avere un buon incontro.

Suggerimenti metodologici

All'inizio abbiamo sostenuto che una relazione per il Tribunale dei Minori non è una indagine sociale, non è una valutazione psicodiagnostica, non è la sommatoria delle due. Dunque che cos'è? Un atto complesso che a partire da una diagnosi e prognosi sociale e psicologica del minore e della famiglia, transita attraverso una valutazione multidisciplinare del caso, una ipotesi di progetto di intervento per concludere con suggerimenti al Magistrato che tengano conto della

fattibilità delle proposte alla luce della legislazione vigente e dei vincoli cui è sottoposta l'Autorità giudiziaria.

Per onestà e realismo aggiungiamo che sarebbe salutare non proporre al Tribunale provvedimenti che Servizi, a volte gracili, non sarebbero poi in grado di attuare.

L'indagine sociale dunque ed i profili di personalità o delle capacità genitoriali vanno considerate come documenti preliminari alla realizzazione della relazione, non necessariamente dei sottoinsiemi in quanto la relazione può essere costituita da un elaborato in tutto o in parte diverso dai documenti di partenza.

Il prodotto finito potrebbe essere costituito da due distinti atti scritti (quello dell'assistente sociale e quello dello psicologo) oppure da un unico scritto a firme congiunte: l'essenziale è che ci sia concordanza nella descrizione del progetto di intervento e nei suggerimenti.

Il processo mentale e comportamentale per giungere a tale prodotto è il seguente:

1. i professionisti leggono congiuntamente il mandato del Magistrato e gli attribuiscono un significato condiviso;
2. i professionisti concordano una strategia di esplorazione della situazione su cui intervenire;
3. ciascuno per proprio conto attua i necessari contatti, osservazioni, esplorazioni e studi;
4. prima di scrivere, i professionisti si incontrano e riflettono congiuntamente sulla realtà osservata confrontandola con il mandato del Magistrato: concordano le linee essenziali della diagnosi, prognosi e ipotizzano il progetto di intervento;
5. vengono scritte le parti della relazione;
6. i professionisti, congiuntamente, rileggono gli elaborati curando la veste letteraria affinché la comunicazione al Magistrato risulti efficace.

L'elemento cardine di questa procedura è il rovesciamento di priorità fra azione e pensiero: la scrittura cioè deve essere posticipata rispetto ai momenti di riflessione e di decisione sugli obiettivi, le tattiche e le strategie.

Corollario di questa impostazione è la necessità che gli operatori abbiano nel proprio bagaglio formativo la capacità di riunirsi e lavorare in gruppo attraverso riunioni periodiche intese come strumento di lavoro.

Struttura della relazione scritta

Poiché lo scritto è in funzione dei messaggi che si vuole comunicare al Magistrato, la struttura della relazione che proponiamo è da considerarsi niente più che un promemoria, del tutto flessibile a seconda degli scopi comunicativi che ci si prefigge di raggiungere.

Il cappello. La funzione è quella di informare il lettore sulla interpretazione che l'équipe ha dato al mandato istituzionale, sugli operatori e servizi coinvolti nel caso, sulla metodologia e sugli strumenti operativi e diagnostici impiegati per la valutazione (colloqui, visite domiciliari, tests, genogramma familiare, ecc.) sulle fonti di informazione (scuola, medico di base, pediatra, forze dell'ordine, relazioni di altri servizi, ecc.).

Contenuti. Si tratta di proporre una elaborazione sintetica estrapolata dalla indagine sociale e dai vari profili psicologici che evidenziano gli aspetti individuali, relazionali-affettivi, comportamentali, sociali, economici e giuridici che configurano la situazione del minore e della sua famiglia.

Le conclusioni. Il materiale elaborato costituisce la base su cui poggia la formulazione delle ipotesi di intervento e deve quindi essere concepito in coerenza con tali ipotesi, evidenziando i provvedimenti che potrebbero favorire l'attuazione delle proposte, nonché evidenziando i punti di forza e di debolezza delle proposte, la valutazione di fattibilità ed i rischi connessi al mantenimento dello status quo.

Lavorare in gruppo: alcuni ostacoli alla integrazione fra le professioni

E' teorizzato che il confronto sul "caso" fra professionisti con punti di vista differenti permette una diagnosi, prognosi e progetto di intervento più appropriati. Tuttavia non possiamo nasconderci che lavorare con "l'altro diverso da sé" non è facile. Abbiamo scritto in precedenza della esistenza di un'area intermedia di competenze sovrapposte fra psicologo e assistente sociale. In questa ottica agli operatori è richiesta una particolare tolleranza di queste sovrapposizioni di competenze che fluttuando nell'area intermedia non si definiscono mai: a seguito di ciò si riattiva un senso profondo di incertezza che può essere vissuto dagli operatori come minaccioso. La paura prevalentemente inconscia della confusione potrà determinare tensioni fra le due professioni e generare dei conflitti di competenza che alcuni operatori saranno tentati di risolvere inventando rigidi steccati fatti di

mansionari, procedure scritte, divieti. Ma la rigidità ossessiva non va nella direzione della collaborazione e dell'integrazione, piuttosto della lottizzazione dei compiti: perché ci sia collaborazione evitando la confusione è necessario che ciascuna professione destini tempo a definire ed approfondire i tratti dell'identità personale e professionale, potendo così permettersi di lasciare l'area intermedia dei compiti sovrapposti, liberamente fluttuante e non sottoposta a giudizio. Per esempio è possibile creare una cultura dell'accoglienza e dei primi colloqui, comune agli operatori di tutte le professioni lasciando a chi è di turno di accogliere l'utenza e ad un momento collegiale debitamente coordinato il compito di stabilire chi è l'operatore più adatto a fare il case manager. Se ciascun professionista è sicuro del suo specifico si ridurrà il pericolo di confusione e prevarranno i benefici della collaborazione messa in atto: la complessità del lavoro nella tutela minori, il forte impatto emotivo di particolari situazioni (abusi sessuali, gravi maltrattamenti, ...) richiedono necessariamente la condivisione tra più professionisti delle scelte e delle responsabilità di ciò che si è "scritto".

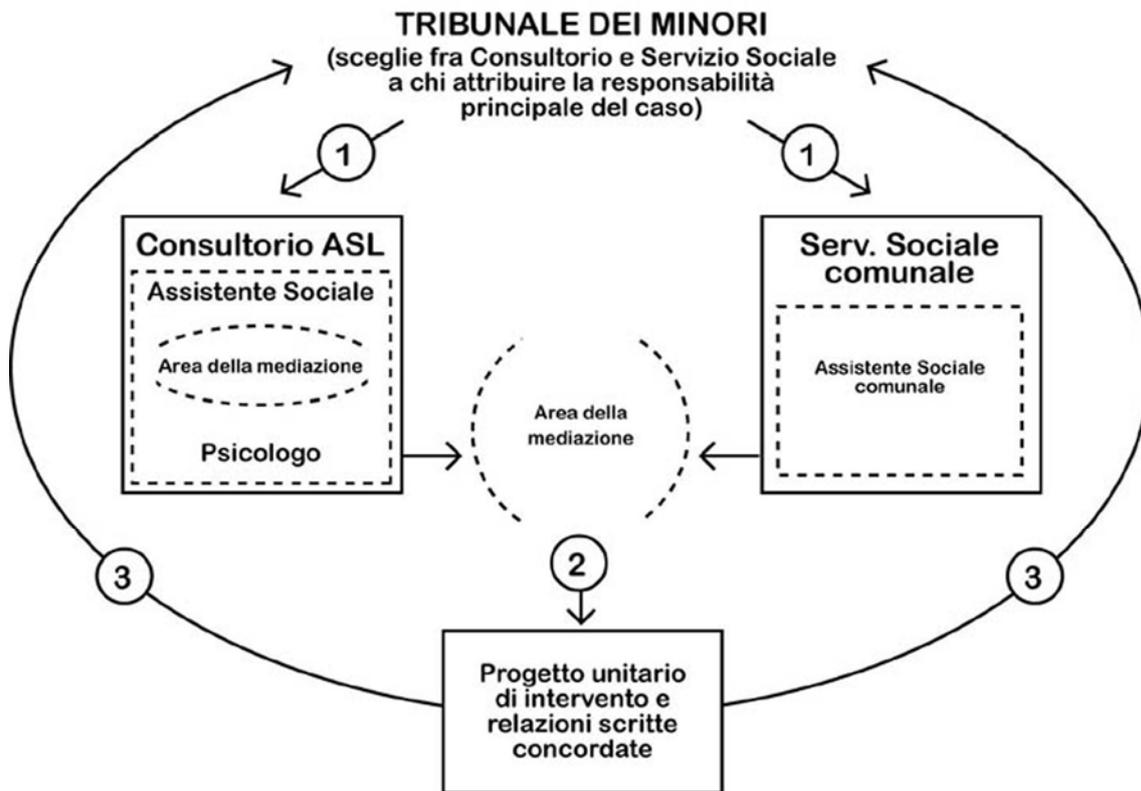
Un'altra difficoltà a collaborare fra professioni può nascere dal disturbo nei rapporti e nella comunicazione interpersonale derivante dagli aspetti gestionali e organizzativi. Occorre distinguere nella propria mente il piano professionale dal piano organizzativo. Sul piano professionale la professione dell'Assistente Sociale e dello Psicologo lavorano fianco a fianco occupandosi del minore da punti di osservazione diversi e quindi andando a rilevare dell'oggetto di osservazione – facendo ricerca – cose diverse con strumenti a volte simili (il colloquio) a volte diversificati (la visita domiciliare ed i tests). Il prodotto del lavoro, a partire da questa diversificazione nell'operare, dovrebbe essere una visione integrata dell'oggetto di studio che permetta una maggiore completezza nella diagnosi e nella prognosi e quindi una migliore qualità del progetto di intervento. Ma la dimensione organizzativa all'interno di una Azienda Sanitaria ha una connotazione gerarchizzata e questo può collocare i vari operatori delle diverse professioni in ruoli organizzativi diversi, anche in posizione l'un l'altro up-down (meno up se il ruolo di coordinamento è solo funzionale, ad es. coordinatore di équipe, più up se è ruolo di comando con gestione delle risorse umane come nei casi di responsabilità di Unità Operativa).

In questi casi la collaborazione fra professioni potenzialmente paritetiche è disturbata dalla diversa collocazione di ruolo assegnata dalla Organizzazione a ciascun operatore.

L'elemento di disturbo aumenta se i professionisti – soprattutto giovani – hanno ancora una carente identità professionale e sono portati a confondere nella propria mente i piani professionale e organizzativo. Il collega che merita apprezzamento per le sue capacità professionali può diventare profondamente antipatico o essere vissuto come persecutorio nel momento in cui svolge un ruolo gestionale dell'organizzazione (per esempio ha l'incarico di responsabile di unità Operativa). Si tratta sempre della stessa persona ma può essere vissuta come due persone diverse ed i sentimenti ostili che solleva l'esercizio del ruolo gestionale può rendere difficoltosa la collaborazione professionale.

Non c'è modo, infatti, nel nostro lavoro, di sottrarsi ad un coinvolgimento con la propria personale sfera emotiva e sentimentale. Il fatto è che la mente umana può funzionare a più livelli contemporaneamente, e così anche i rapporti umani possono intrecciarsi a più livelli diversi senza che questo determini contraddizioni insuperabili se se ne ha consapevolezza e se si riesce a tollerare le diversità. Rapporti personali e di amicizia, professionali, di lavoro e organizzativi seguono ciascuno logiche diverse e parallele e quindi rendono più complesse le relazioni umane; la complessità come dato di natura è difficile da accettare poiché si collega alla percezione scomoda dei limiti alla nostra preesistente visione idealizzata delle relazioni umane: se l'amico/bravo professionista cambia modalità relazionale quando ricopre un ruolo gestionale dell'organizzazione sarebbe utile pensare che la causa dipende dalle necessità legate al ruolo e non da uno snaturamento (o impazzimento) della persona.

Modello N. 2 – attore principale: il Servizio sociale del Comune o il Consultorio della ASL a seconda della competenza prevalente



Questo secondo modello organizzativo corrisponde alle modalità operative sostenute in questo articolo. Il Tribunale dei Minori affida il caso con responsabilità prevalente o al Consultorio Familiare o al Servizio Sociale Comunale, sulla base delle rispettive competenze assegnate dalla Legislazione: sociosanitarie nel caso del Consultorio, socioassistenziali nel caso del Comune; sarebbe importante che il decreto del Tribunale prescrivesse ai due Enti di concordare le ipotesi di intervento e di presentare relazioni congiunte.

Ulteriori spunti di riflessione

1. *L'inconscio esiste per tutti.* Non ci sono comportamenti umani che traggono origine unicamente da motivazioni coscienti. La maggioranza dei comportamenti di ciascuno dipende da motivazioni inconse. Se un genitore sostiene ad esempio che non è andato a riprendere il figlio da scuola per dimenticanza, non si può pensare che questa spiegazione superficiale sia l'unica verità; se i familiari chiedono sussidi sostenendo che non hanno risorse economiche per comprare il cibo non ci si può esimere dall'esplorare i significati reconditi di questa loro affermazione, visto che nella nostra situazione sociale è sempre più rara l'esistenza di persone con il problema della fame. Dunque l'operatore, qualsiasi operatore psicosociale non può lavorare se non impara a dare un senso ai prodotti dell'inconscio.

2. *Concreto non vuol dire privo di significati latenti.* La focalizzazione dell'assistente sociale sugli aspetti concreti e materiali della esistenza non può limitarsi a registrare a mo' di mera elencazione i fatti e gli oggetti che incontra, perché sia i fatti che gli oggetti osservati non hanno, di per sé, un significato specifico che possa accrescere la conoscenza del magistrato sull'oggetto di osservazione: occorre attribuire significati metaconcreti ai fenomeni osservati per comprendere le capacità genitoriali o il livello di sviluppo dei bambini a rischio.

Un esempio: una assistente sociale deve effettuare una visita domiciliare presso l'abitazione di una famiglia già segnalata al Tribunale dei Minori. In precedenza altri avevano svolto una prima indagine per la Procura dei Minori; l'abitazione veniva rappresentata con un'immagine fotografica: "appartamento di notevoli dimensioni, camere grandi, lungo corridoio, ambienti puliti...". L'assistente sociale del nuovo incarico torna in visita domiciliare e con sorpresa ha la sensazione di trovarsi in un alloggio molto diverso da quello descritto in precedenza; erano stati tralasciati alcuni punti fondamentali, quali: in quel grande appartamento coabitavano tre nuclei e la famiglia in questione, composta da n.4 membri, viveva in due stanze; il bagno e la cucina erano in comune con gli altri coinquilini. Il bambino più piccolo di circa 16 mesi non aveva un proprio letto e dormiva nella carrozzina o nel lettone con la madre ed il fratello. L'impressione è che la prima descrizione riportata al Procuratore non abbia esposto ciò che ora si impone ad uno sguardo professionale e cioè l'assenza di un adeguato spazio vitale per il bambino e la conseguente possibile assenza, nel pensiero materno, di uno "spazio mentale" riservato al bambino. Elencando elementi puramente descrittivi la prima indagine sociale era rimasta in superficie e non aveva contribuito a definire la sostanza della situazione esaminata. La visita domiciliare deve essere utilizzata come strumento di ulteriore analisi del nucleo familiare e gli elementi raccolti devono essere in parte elencati ma soprattutto interpretati all'interno dell'ipotesi che gli operatori hanno costruito. Quindi, oltre agli aspetti igienico-sanitari ed alla garanzia della presenza di spazi ed arredi (un letto per dormire), è necessario cogliere la presenza di altri spazi, mentali ed emotivi, la predominanza di un membro rispetto agli altri, ecc. per capire anche lo "spazio psicologico" che ogni individuo ha nel proprio contesto familiare.

3. *Completezza vuol dire scrivere tutto?* Alcuni operatori – forse per l'incertezza professionale nell'attribuire significati ai fatti razionalizzata come "dovere di riferire tutto" – si limitano a verbalizzare tutto ciò che hanno sentito ed osservato: ne derivano relazioni lunghissime ma povere di vita in quanto carenti di significati con cui dare senso ai fatti: il non esporsi e il non prendere posizione da parte dell'operatore evita di assolvere al compito di orientare il Giudice.

4. *Due relazioni distinte con conclusioni antitetiche: un danno da evitare*

Presentarsi divisi al Magistrato è il segno del fallimento del processo di integrazione: trovare un accordo fra Servizi e fra professioni è oneroso poiché comporta la rinuncia ad una parte della propria identità professionale ed a volte a una parte delle proprie profonde convinzioni, ma ufficializzare e formalizzare la divisione fra Servizi potrebbe essere peggio ed avere come conseguenza:

- a. L'autosqualifica;
- b. Essere di scarsa utilità per il Giudice;
- c. Mostrarsi inaffidabili nel portare avanti eventuali incarichi;
- d. Contribuire allo spreco di denaro pubblico verso iniziative sanitarie o assistenziali poco pensate, non condivise e mal finalizzate e quindi inefficaci.

5. *Il danno irreversibile esiste:* a volte gli operatori non riescono a mettere a punto un progetto di intervento che li soddisfa, per cui continuano a riunirsi e a discutere, a volte dividendosi, altre entrando in conflitto fra loro. Di fronte a situazioni giudicate molto difficili quegli stessi operatori sembrano non darsi pace: sembra loro impossibile che non si possa trovare un modo per uscire dall'impasse ed assicurare al minore da tutelare un futuro diverso e migliore. Sono le situazioni in cui può determinarsi un certo accanimento sia sul versante terapeutico che assistenziale. Può darsi che in alcuni casi gli operatori possano fare di più e meglio, tuttavia è frequente incontrare bambini o bambine con danni psichici ed evolutivi irreversibili per i quali è possibile conseguire solo modesti risultati rivolti soprattutto ad una migliore integrazione nella società, nella consapevolezza che un handicap grave non si risana se non in minima parte.

6. *l'ansia dell'incertezza:* quando arriva il momento della scrittura, l'operatore si trova di fronte alla necessità inderogabile di scegliere i contenuti e le forme espressive dello scritto e questo momento di per sé è carico di incertezze e foriero di ansia e di una certa sofferenza.

Occorre poter pensare che prendere decisioni è una attività che ha bisogno di un tempo psichico che non è in relazione solamente con la sfera cognitiva ma che coinvolge i propri affetti; la durata di questo tempo dipende dalla capacità di sopportare l'incertezza e di modificare di continuo i propri punti di vista abbandonando quelli che il processo di riflessione sul caso classifica come obsoleti in favore di altri, emergenti, più funzionali agli scopi che gli operatori intendono perseguire.

7. *Valutazione di fattibilità*; mentre ci si appresta a scrivere il progetto e le proposte per il Magistrato è opportuno chiedersi: le proposte che ci si appresta a presentare al Tribunale sono realisticamente accoglibili dal Magistrato? E se sì, sono poi realizzabili dagli operatori scriventi? Le azioni che si va a proporre hanno risultati attesi sufficientemente esplicitati in forma scritta?
8. *Prima di spedire la relazione al Magistrato chiedersi:*
 - a. ho consultato le colleghe e colleghi con cui l'istituzione mi chiede di collaborare?
 - b. Ho valutato le possibili reazioni del Magistrato a quanto viene proposto nella relazione e di conseguenza l'impatto dell'eventuale provvedimento della Magistratura sul minore e sui Servizi?

A questo punto prima di rileggere l'elaborato ed inoltrarlo al Tribunale... è meglio dormirici sopra.

Ferdinando Benedetti
Psicologo, Psicoanalista SPI,
Coordinatore Consultorio Familiare
Osimo – Ancona

Anna Maria Moscatelli
Assist. Sociale, Mediatore Familiare
Consultorio Familiare
Falconara M.ma - Ancona

Bibliografia

- Benedetti F., *L'équipe può funzionare*, in "Riza psicosomatica", n. 52, giugno 1985.
- Benedetti F., *Gli operatori del territorio e il destino delle équipes pluriprofessionali*, in "AUPI notizie", n. 6, Roma 1992.
- Bertotti T., *Bambini maltrattati e organizzazione dei servizi*, Vol. 1, n.3, 1999, Franco Angeli.
- Bertotti T., De Ambrogio U., *La valutazione nelle indagini sociali*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n.2/2003.
- Bion W. R. *Apprendere dall'esperienza*, Armando Armando Editore, 1972.
- Bleger J., *Il colloquio psicologico (suo impiego nella diagnosi e nella ricerca)*, 1964. In: Bleger J., "Psicoigiene e psicologia istituzionale", Libreria Editrice Lauretana, 1989.
- Bleger J., *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*, 1970; in: Bleger J., "Psicoigiene e psicologia istituzionale", Libreria Editrice Lauretana, 1989.
- Bleger J., *Psicoanalisi dell'inquadramento psicoanalitico*, 1967; in: "Simbiosi e ambiguità", Libreria Editrice Lauretana, 1992.
- De Ambrogio U. (a cura di) *Valutare i casi per fornire servizi più adeguati*, in: "Valutare gli interventi e le politiche sociali", Ed. Carocci Faber, 2003.
- Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di), *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina, 1996.
- Grezzi D., *Integrazione tra lavoro psicologico di valutazione e terapia e la rete dei servizi nei casi di maltrattamento e abuso sessuale infantile*, Vol. 1, n.2, Giugno 1999, Franco Angeli.
- Malagoli Togliatti M. (a cura di), *Il lavoro di integrazione di rete negli interventi di protezione e tutela*, vol. 1, n.2, giugno 1999, Franco Angeli.
- Mazzone S., Santona A., *La tutela del minore trascurato e maltrattato. La collaborazione tra Magistratura ed i Servizi territoriali integrati*, in: "Maltrattamento e abuso all'infanzia", vol.1, n.2, giugno 1999, Franco Angeli.
- Pichon-Rivière E., Bleger J., Liberman D., Rolla E., *Tecnica dei gruppi operativi*, 1960; in: E. Pichon-Rivière, "Il processo gruppale", Libreria Editrice Lauretana, 1985.
- Rangone G., Chistolini M., Vadilonga F., *Le parole difficili. La formazione degli operatori in materia di maltrattamento e abuso minorile*, Franco Angeli, 2004.
- Kohler W., *La psicologia della gestalt*, (1929), trad. it. Feltrinelli 1961.