

Clinica della perinatalità: il ruolo del Consultorio Familiare.

Questo lavoro nasce dalla mia ventennale esperienza come psicologa e psicoterapeuta all'interno di un Consultorio a Milano e si pone come obiettivo di delineare il ruolo di questo servizio di base nel lavoro sulla perinatalità e le ragioni per cui la sua utilità sia quanto mai cruciale nell'attuale panorama del Servizio Sanitario Nazionale.

Cenni di storia

I Consultori Familiari pubblici in Italia sono stati ufficialmente introdotti con la legge quadro 405 del 1975 e, in seguito alla sua emanazione, nella quasi totalità delle leggi regionali costitutive di questi servizi, veniva individuato come loro compito prioritario la promozione ed educazione alla salute della donna, della coppia, della famiglia e della comunità con particolare riferimento alla sfera sessuale ed affettiva, alla procreazione libera e consapevole e alla prevenzione delle cause patologiche di ostacolo ad una sana vita sessuale ed alla procreazione.

Vi potevano e vi possono ancora possono accedere tutti i cittadini residenti in Italia per usufruire di diverse prestazioni sanitarie, tutte gratuite, fornite solitamente senza ricetta medica.

Mi sembra che per cogliere a fondo le funzioni che il Consultorio Familiare svolge possa essere utile andare un po' a guardare come ha avuto inizio la vicenda dei consultori familiari, sotto quali pressioni della società civile e in quale contesto politico.

È senza dubbio merito dei movimenti femministi sviluppatosi dall'inizio degli anni '70 in Italia, se l'importanza del punto di vista di genere e della soggettività femminile, collocate nel contesto delle relazioni sociali, si è imposta all'attenzione dell'opinione pubblica, della scienza ufficiale e del mondo sanitario.

Il servizio, inoltre, nasceva alla luce di un nuovo concetto di salute intesa non più come mera assenza di malattia, ma come **“completo benessere fisico psichico e sociale”**, come indicato nel 1946 dall'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS).

Anche grazie allo svilupparsi delle discipline psicologiche e sociali, era gradualmente maturata, in chi si occupava di sanità pubblica, la consapevolezza che fosse necessaria una nuova modalità di approccio alla salute, considerando la persona nella sua completezza e complessità per rispondere in modo adeguato ai suoi bisogni promuovendone il benessere.

Fin dalla loro comparsa, si era compreso che, per rispondere in modo efficace ai bisogni dei singoli e della comunità in materia di salute, fosse necessario guardare alla persona in modo integrato, dai diversi punti di vista disciplinari; l'equipe multiprofessionale diventa quindi il fulcro del lavoro consultoriale, il **“cuore pulsante”** del servizio.

Accanto a questo, e di altrettanta importanza, è stata la maturazione del concetto di partecipazione e coinvolgimento attivo della persona/utente come elemento necessario ed imprescindibile nel processo di costruzione/mantenimento del suo benessere.

La traduzione concreta di questi concetti ha portato il legislatore a prevedere all'interno del nuovo servizio la compresenza di molteplici figure professionali; ad esempio, in Lombardia, la legge 44 del 1978 stabilisce la presenza di assistente sociale, laureato o specializzato in psicologia, medico specialista in ostetricia e ginecologia, medico specialista in pediatria, ostetrica, assistente sanitaria visitatrice, prevedendo che si possa inoltre integrare questo gruppo di operatori, con altre figure professionali ed avvalersi di volta in volta di altri specialisti e professionisti quali un legale, un mediatore linguistico-culturale che lavori con l'utenza straniera e, talvolta ma più raramente, una figura educativa.

La legge quadro, come la maggior parte delle leggi regionali istitutive dei Consultori in Italia, specifica anche che gli operatori individuati **“operano secondo modalità di lavoro di gruppo**

in collegamento con gli altri operatori pubblici sanitari, scolastici e sociali presenti nella zona”.

Mi preme qui sottolineare un aspetto peculiare: nella pur variegata legislazione regionale, **il consultorio familiare veniva collocato alla frontiera tra istituzioni e società civile.**

Cosa implica questo? Non è una cosa da poco poiché porta con sé il passaggio da un modello di servizio ad un altro. In un modello di servizio tradizionale, una persona si muove spontaneamente verso un servizio solo quando ha un problema in atto e cerca il servizio più accessibile e disponibile. Il Consultorio invece è sempre stato in oscillazione tra un modello ambulatoriale tradizionale e un modello di servizio rivolto invece alla promozione del benessere.

Ma quale è la probabilità che una persona, che non ha il problema specifico ma è a rischio di andarvi incontro, si attivi spontaneamente, non avendo nessuno stimolo di urgenza (cioè il problema è solo potenziale)? Certo questa probabilità è direttamente proporzionale al livello della condizione sociale. Il dramma è che l'incidenza o la prevalenza degli eventi o delle condizioni di sofferenza sono quasi sempre inversamente proporzionali al livello della condizione sociale.

Da qui segue l'imperativo categorico, espressione della rivoluzione copernicana, che la "prevenzione" va attivamente offerta e non semplicemente raccomandata. E la conseguenza di tale imperativo è che **chi opera nella prevenzione deve preoccuparsi di "raggiungere" chi è a rischio e, purtroppo, le persone più difficili da raggiungere sono anche quelle più a rischio.**

Ma cosa significa "raggiungere" una persona? È il grande problema della comunicazione, iscritta nella dimensione fisica, psicologica, relazionale, culturale, etica, sociale, antropologica. E poiché la persona, nelle sue relazioni sociali, può non essere consapevole del problema potenziale, sarà compito di chi deve comunicare con lei farsi accettare, trovare la via giusta per entrare in sintonia, rimuovere le barriere che ostacolano la comunicazione, adattarsi alla peculiarità, alla singolarità di quella persona, tenendo conto che si va a prospettare la possibilità di ammalarsi o ad andare incontro a uno stato di sofferenza.

Per inciso, va detto che ogni impostazione direttiva ha scarsissima possibilità di avere successo. Questa possibilità si annulla totalmente quando si associa a questa impostazione un atteggiamento terroristicco. La prevenzione deve essere proposta come opportunità di vivere meglio, non come mezzo per evitare il peggio.

La non banalità, la assoluta originalità dei consultori familiari sta proprio nell'essere potenziale **luogo di frontiera, non solo tra istituzioni e società civile, ma anche tra convenzioni sociali e libertà individuali.**

Questo essere luogo di frontiera impone atteggiamenti sensibili e delicati che rifuggono da ogni fondamentalismo, nella consapevolezza della legittimità dell'ambiguità (quando non è opportunismo) e comunque nel rispetto della assoluta autonomia della persona nei processi decisionali. Agire per far crescere la consapevolezza delle persone e non per condizionarle è una impresa ardua ed è una continua sfida per le professionalità consultoriali.

I consultori attori strategici nei programmi di prevenzione.

I servizi offerti dal consultorio si basano principalmente sui principi della prevenzione primaria, che quindi comprende tutti gli interventi destinati ad ostacolare e prevenire l'insorgenza delle malattie nella popolazione generale, contrastando le possibili cause e i fattori predisponenti.

Lo scopo principale del consultorio familiare è quello di promuovere la salute, integrando i vari aspetti che di questa fanno parte, quindi gli aspetti sociali, sanitari, psicologici e relazionali.

In senso molto ampio quindi potremmo dire che il Consultorio Familiare si propone di promuovere la salute ed il benessere individuale e familiare mediante interventi preventivo/educativi e di supporto il più precoci possibile, *a partire dalla scelta procreativa responsabile per accompagnare il percorso di crescita individuale/familiare nell'arco del suo intero sviluppo fino alla vecchiaia* - con particolare

attenzione alla funzione di tutela della salute e salvaguardia rispetto a fattori di rischio psico/socio-sanitario connessi alle principali tappe evolutive - e comunque in modo tempestivo rispetto all'insorgere di difficoltà rispetto a qualunque crisi o momento del ciclo di vita individuale e/o familiare.

Se la promozione della salute ha come obiettivo specifico una aumentata capacità di cercare salute, si comprende come la relazione che si instaura con le singole persone nei programmi strategici e in quelli satellite offre l'opportunità di far emergere fragilità, problemi familiari e/o sociali che altrimenti non emergerebbero se non come punta di iceberg: spesso si tratta di condizioni delle quali si ha vergogna a parlare, come nel caso di abusi e violenze familiari o condizioni di dipendenza che riguardano la persona stessa o i propri cari. Si riconosce così l'importanza strategica delle equipe multidisciplinari per la straordinaria capacità di immediata presa in carico in un sistema protetto. Non c'è problema di salute che non si configuri in tutte le sue sfaccettature e implicazioni bio-psico-sociali.

In definitiva, avere servizi di base con capacità di visione integrata, dedicati alla promozione della salute, con prioritaria attenzione alla salute della donna e dell'età evolutiva, è la condizione perché possa esistere un valido servizio sanitario pubblico universale.

Promuovere la consapevolezza delle persone e delle comunità nel produrre benessere riduce i rischi di malattia e le conseguenti necessità di cura e riabilitazione, determina anche le condizioni per arginare la vera piaga che minaccia la sostenibilità del sistema sanitario pubblico: l'esplosione dell'inappropriatezza.

All'interno del **Piano Socio-Sanitario Lombardo 2019/2023** sono definiti i programmi strategici dei servizi che si occupano di salute in particolare esso individua e sostiene tutte le azioni che, in linea con la funzione del Consultorio Familiare, svilupperanno, potenziandole (secondo i paradigmi dell'appropriatezza e dell'efficacia), le progettualità ancorate a specifiche e prioritarie aree di bisogno, tra cui, solo per elencarne alcuni:

- il concepimento, la gravidanza e il puerperio nei primi mesi e sino ai 3 anni di vita del/la bambino/a, con la finalità principale di promuovere la salute delle mamme, dei papà e dei bambini/e, con particolare riferimento alle situazioni a rischio relazionale. Percorsi per il post nascita (allattamento al seno, depressione post partum, arricchimento della genitorialità, ecc.);
- il sostegno precoce del benessere psicologico dei minori in tenera età, figli di genitori fragili al fine di prevenire interventi di controllo sociale e giuridico;
- la promozione della salute degli adolescenti e dei preadolescenti, improntata all'integrazione e al sostegno delle competenze educative degli adulti, in approccio coordinato con le agenzie educative del territorio e con le altre progettualità/sperimentazioni avviate sul territorio (comprese quelle finanziate con risorse comunitarie);
- la promozione della procreazione responsabile, della contraccezione e dell'educazione sessuale, la prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza e interventi volti alla riduzione del rischio di aborto ripetuto;
- la gestione della separazione della coppia genitoriale al fine di evitare e/o contenere la conflittualità e facilitare le fasi di transizione del sistema familiare, anche nella prospettiva della continuità delle responsabilità genitoriali
- la gestione delle fragilità e del disagio familiare (nuclei con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria).

Percorso nascita e perinatalità: il ruolo del Consultorio.

Tra giugno e ottobre 2018, Regione Lombardia ha emanato alcuni importanti provvedimenti che riorganizzano la Rete di servizi per l'assistenza materno-infantile con risvolti importanti tanto sull'integrazione socio sanitaria e sulla continuità assistenziale tra ospedali e territorio, così come

auspicato dalla LR 23/2015, quanto nel ripensare funzioni e organizzazione dei servizi consultoriali quali snodi e attori strategici nel percorso nascita.

Finalità della Rete regionale per l'assistenza materno neonatale è garantire "la promozione, della salute e la prevenzione, la presa in carico della donna in epoca pre-concezionale fino al periodo postnatale attraverso nodi (=servizi) orientati, in particolare, ad un modello di comunicazione e di sostegno alla genitorialità teso a rendere la donna consapevole nelle scelte di salute. Il Percorso definisce il modello organizzativo e assistenziale ostetrico più idoneo per la presa in carico, l'accompagnamento e il sostegno alla donna e al futuro nucleo familiare nel contesto del suo ambiente di vita o nella struttura appropriata".

La perinatalità diviene un territorio esteso che va da dallo stesso concepimento fino a ben dopo la nascita ed è proprio attorno alla perinatalità che il Consultorio esprime e realizza a pieno la sua funzione di soggetto promotore di salute.

Il concetto chiave nel quale va collocato l'intervento perinatale nei consultori è quello della territorialità intesa frutto delle relazioni (concrete o astratte) tra uomo e ambiente in un contesto tridimensionale società-spazio-tempo. Ogni individuo si "appropria" nel corso del tempo dello spazio con cui intrattiene queste relazioni e la territorialità rappresenta un processo aperto che dipende dall'individuo e dal tipo di relazioni instaurate con lo spazio.

Voglio fare riferimento a quest'ultimo concetto di territorialità, che mi sembra più dinamico, per parlare delle cure territoriali in ambito perinatale.

In tale accezione, la territorialità è innanzitutto **prossimità**, cioè vicinanza, questo implica un assetto dell'intervento volto ad intercettare il bisogno di salute delle persone, nonché il loro disagio o la loro sofferenza là dove si determina. La prossimità è importante e non è solo spaziale, ma anche temporale. Nasce dalla costruzione di rete di rapporti con le famiglie, in primo luogo, ma anche con gli ospedali, con i pediatri, gli educatori e con tutte le agenzie del privato sociale che a vario titolo si occupano di nascita e crescita.

La territorialità è fatta di **tessiture artigianali** poiché, in quanto frutto delle relazioni, non può che essere intimamente legata e correlata alle produzioni di senso e quindi culturali e psichiche che un territorio esprime e condivide.

La territorialità è fatta di **transiti**, non nel senso che una coppia di genitori in difficoltà debba transitare da un servizio all'altro, ma nel senso che possa transitare e trovare qualche strumento che aiuti nei transiti della crescita. Si può andare e poi tornare.

La territorialità è fatta di **gruppalità** intesa come matrice psichica e relazionale che attraverso il gruppo, attraverso le equipe di lavoro, diviene **comunità ospitante** ed essa stessa grembo che consente la nascita e la crescita di genitori e bambini.

La territorialità in ambito perinatale è fatta soprattutto di **progettualità** che prendono forme concrete nella rete dei servizi.

Ma qual è il ruolo che lo psicologo può avere? E cosa vuol dire occuparsi di perinatalità?

Significa innanzitutto entrare in un processo articolato e complesso, delicato, che va a toccare gli strati più profondi dell'identità della persona. Ed è necessario entrare in punta di piedi e praticare un ascolto rispettoso e attento. Come sottolinea Lidia Leonelli Langer, quello in cui si entra è un luogo in cui avviene una doppia nascita: quella di un bambino e di un genitore. Ed è un processo nel quale convergono paure, speranze, fiducia e ansie di ogni sorta.

In ogni specifica tipologia di intervento che il Consultorio attiva in ambito perinatale si va ad intercettare qualche aspetto della generatività e della genitorialità, lungo un continuum che va da un intervento a valenza prevalentemente preventiva ad un intervento la cui qualità diviene più precipuamente terapeutica. Talvolta è proprio difficile discernere l'una dall'altra e direi che, per definizione, qualunque intervento nell'area della perinatalità è preventivo nella misura in cui si lavora in una vicenda in statu nascente.

All'interno del mio lavoro di psicologa consultoriale, quindi, possono essere varie le porte d'accesso all'area della perinatalità poiché il Servizio, per sua stessa mission fondativa, si occupa di gravidanza, maternità e genitorialità responsabile.

Proverò quindi ad enuclearne alcune con le specificità che possono caratterizzare i vari ambiti di intervento.

Pre-nascita

In Consultorio vi è la possibilità per una coppia che si accingesse a mettere al mondo un bambino, di usufruire di una **consulenza prenatale** volta a verificare la fertilità della coppia per esempio. È una consulenza gratuita e ha anche qui un obiettivo preventivo là dove dovessero essere riscontrate possibili anomalie genetiche nella coppia.

Gravidanza

Sappiamo che la gravidanza costituisce un momento di grande complessità: il cambiamento che essa determina nel corpo (seppure reversibile) e nell'identità della donna nonché nella identità della coppia è ampio e profondo. Necessita di ampie rivisitazioni per essere integrato e diventare stratificazione della propria storia personale e familiare.

Tale articolazione complessa si sviluppa su molteplici livelli: fisico, psichico e anche sociale ed essa richiede una risposta multiforme e complessa che il Consultorio, proprio per l'articolarsi delle sue figure e delle sue proposte, è in grado di fornire.

La gravidanza, infatti, può essere presa in carico e accompagnata sia attraverso il protocollo medico-sanitario con le visite e gli esami previsti nella gravidanza fisiologica e il ruolo centrale assunto dalla figura ostetrica, sia attraverso una consulenza psicologica o sociale, là dove si rendesse opportuno o perfino necessario.

Bisogna spostare l'attenzione sul fatto che la gravidanza non è un evento medico.

A fronte di situazioni di vulnerabilità o di donne in condizioni di fragilità, **il consultorio deve farsi carico di questa zona di rischio sociale o psicologica e questo richiede una forte integrazione tra ostetrica, assistente sociale, psicologo o con altre figure che si valuta necessarie.** Il lavoro integrato tra le varie professionalità permetterà anche di identificare precocemente situazioni di rischio o di fragilità per le quali prevedere una presa in carico specialistica.

Inoltre, sostenere la continuità assistenziale è anche strategico per identificare eventuali fattori di rischio che ci fanno sospettare una maggior probabilità dell'insorgenza di problemi nella donna o nella famiglia (come, ad esempio, la depressione post-parto). Lavorare con la donna in gravidanza sulle sue abitudini, sui suoi stili di vita è strategico per cogliere eventuali fragilità o difficoltà. La persona che segue la gravidanza ha l'opportunità di prendersi tempo e conoscere la donna nel tempo. E' primariamente l'ostetrica a prendere in carico la donna sana – con un basso rischio quindi – per tutto il percorso nascita e ovviamente l'ostetrica si avvale della consulenza del ginecologo o di altri specialisti qualora insorga un problema o ci sia un rischio. Di solito, della mamma che ha appena partorito non si occupa nessuno, se non come colei che allatta il bambino, ma nessuno si interessa del suo recupero psico-fisico, sociale, emotivo.

La cosa importante che il ripensamento del Percorso nascita ha voluto sottolineare è che gli incontri con l'ostetrica sia durante la gravidanza che dopo, sono sì clinici, ma non solo: c'è tutta una parte della gravidanza (essendo un fenomeno normale in una donna sana) che ha una forte valenza non solo sanitaria. Viene presa in considerazione tutta la situazione di benessere: lo stile di vita, come sta andando nella famiglia, le novità che la gravidanza introduce nella vita di una donna, facendo una valutazione ampia che viene chiamata "bilancio di salute". L'ostetrica deve osservare come sta la mamma non solo dal punto di vista della gravidanza, ma anche più in generale relativamente all'adattamento sul lavoro o nella famiglia e individuando gli stili di vita che possono favorire salute o creare problemi sia per la mamma che per la sua famiglia. Si tratta di uno spostamento importante dell'attenzione dalla sola parte di crescita del bambino ad una presa in carico anche della mamma e della famiglia.

Si rilancia quindi una funzione importante dei consultori che sono chiamati a lavorare in un'ottica di empowerment: è importante accompagnare la donna a capire, riconoscere e sviluppare le sue proprie competenze, perché in una gravidanza normale, una donna anche solo biologicamente, sa come affrontarla e deve essere un po' più consapevole delle sue potenzialità. È importante accompagnare la donna ad avere più fiducia nelle sue competenze per far nascere e per stare bene il suo bambino.

Tutte le donne hanno diritto di accedere al percorso nascita, non sono previsti requisiti o criteri di accesso. L'unico requisito è essere sane, ma per chi non lo fosse, semplicemente si aggiungono "altri pezzi più medici". Tutte le donne sono esenti ticket indipendentemente dal reddito.

L'unica variabile per le visite post-parto, è la residenza in Lombardia, perché le altre regioni non le rimborsano perché non le prevedono. Non c'è invece, nessun vincolo rispetto agli anni di residenza in Lombardia.

Le ostetriche e le assistenti sanitarie hanno una solida formazione che consente loro di cogliere e di intercettare nuclei di fragilità nelle persone con cui lavorano e in passato si è anche proposto, a chi volesse liberamente aderirvi, dei **colloqui psicologici in gravidanza** come spazio nel quale riporre domande, timori, ansie.

Racamier ha utilizzato il termine "maternalità" per designare quel processo psicoaffettivo, quella complessa e articolata crisi esistenziale che comprende sia la gravidanza che il periodo postnatale. C'è nel concetto da lui proposto una condensazione dei significati di materno, maternità e natalità che lo rende molto dinamico.

Tale processo ha a che fare con la dimensione dell'attesa e della gestazione che non sono solo fenomeni biologici nella gravidanza, ma anche psichici e riguardano il costituirsi di un grembo psichico, cioè di un luogo che possa tenere e contenere il nascituro, nonché la stessa relazione tra genitori e bambino.

Come Monique Bydlosky sottolinea, il lavoro di gestazione è un lavoro artigianale che ha una dimensione ancestrale, è lì che nelle tessiture delle proprie rappresentazioni può iniziare ad essere immaginato il bambino.

I corsi di accompagnamento alla nascita ormai da anni costituiscono un baluardo nelle proposte dei servizi consultoriali e rappresentano un momento nel quale le donne possono interfacciarsi con "l'esperto" che però, fornendo loro delle informazioni e delle conoscenze, cerca di attivare e promuovere primariamente le loro competenze. La multidisciplinarietà delle figure che vi partecipano garantisce il dialogo con quella molteplicità di livelli che si diceva.

L'obiettivo non è evidentemente quello di generare ansie e sentimento di inadeguatezza, ma consapevolezza circa l'importanza di quell'incontro tra il neonato e la madre, tra il neonato e la famiglia tutta che lo accoglie.

Nei corsi di accompagnamento, le coppie che sono in attesa di un bambino possono condividere il loro tempo gestazionale all'interno di un contenitore in cui riporre domande (molte) e trovare risposte (qualcuna, almeno). In essi si sviluppa la valenza specificamente preventiva della psicologia perinatale: è come lavorare al costruirsi di un grembo sociale in cui può collocarsi il lavoro di ciascuna madre o padre.

Nella mia esperienza si trovano sovente ormai solo mamme o coppie alla loro prima e, specie in una realtà metropolitana come quella nella quale opero, talvolta unica esperienza di genitorialità.

Ho riscontrato in tale ambito quanto l'esperienza della maternità rischi di divenire sempre più sganciata da una matrice culturale e psichica che consenta di iscriversi in un ordine di continuità con le generazioni precedenti. È come se ci fosse un grande senso di spaesamento e non è solo dovuto ad un attraversamento identitario importante, che di per sé richiede una ridefinizione del proprio stare al mondo, ma anche al fatto che sembrerebbero mancare dei riferimenti identificativi solidi per sostenere il passaggio identitario del divenire genitori.

Non a caso, sono tanti i dubbi e i timori portati dalle madri e dai padri, in primo luogo il timore di "commettere errori" i cui effetti paiono irrimediabili. Nei gruppi dei corsi di accompagnamento alla nascita, talvolta, emerge l'idea che diventare madri e padri sia una faccenda di performances: fare

delle cose e fare quelle giuste. Probabilmente questo costituisce un assetto difensivo che protegge dalle innumerevoli preoccupazioni sottostanti, tuttavia, è anche questa condizione che ha contribuito a consegnare, talvolta in modo eccessivo, l'esperienza della gravidanza ad una medicalizzazione esasperata che svuota la sua intrinseca connotazione somato-psichica. Occorre tenere presente che la maternità costituisce una crisi naturale in cui la mutevolezza dell'identità psichica in divenire deve armonizzarsi con i cambiamenti fisici e ormonali che avvengono per tutta la gravidanza e il parto.

È cruciale quindi che i corsi di accompagnamento alla nascita possano essi stessi costituire dei luoghi in cui i timori possano albergare, in cui l'attesa possa essere contrassegnata dalla condivisione di quel lavoro psichico dei genitori in divenire.

Mi sembra che il concetto di "maternità interiore" così come approfondito da Gina Ferrara Mori possa ben rappresentare questo lavoro che fa riferimento a "un processo di sviluppo dell'identità femminile e un processo di elaborazione di rappresentazioni mentali. È il luogo delle fantasie, delle emozioni, dei desideri, dei sogni, è la residenza di legami, di affetti, di relazioni nuove, è il contenitore di quel bambino fantasmaticizzato interno che diventerà il bambino reale".

Anche il padre svolge un ruolo cruciale nel costruire uno spazio intrapsichico in cui poter fantasticare quella triade costituita dal bambino che la compagna porta in grembo, dalla stessa compagna che diviene madre e da sé come padre. Questo gli consente di costituirsi, già nel tempo della gestazione e dell'attesa, come sostegno e contenitore. Anche i padri sono evidentemente coinvolti in un proprio passaggio identitario profondo che riguarda la loro identità non solo sul piano reale, ma anche fantasmatico. Potremmo dire che quello che i genitori hanno trasformato dentro di sé nell'attesa, prende forma e corpo alla nascita, viene alla luce ed è sottoponibile all'esame di realtà.

Il concetto di maternità interiore appare prezioso, non solo perché utile a intercettare le vicende psichiche della triade in formazione (madre, padre, bambino), ma anche perché rappresenta un assetto mentale del clinico che si occupa di perinatalità. Vi è in esso il riferimento ad un particolare modo di prendersi cura, di occuparsi e preoccuparsi dell'altro in cui il materno è un modo peculiare di modulare la cura tenendo conto dell'altro. Esso comprende al suo interno il concetto di preoccupazione primaria di winnicottiana memoria che in qualche modo espande.

Lo stato psicoemotivo che la donna vive durante la gravidanza è anche caratterizzato da una certa vulnerabilità in cui contenuti inconsci possono prorompere, come se lo stato di coscienza fosse più permeabile e accessibile in quella condizione che Bydlosky definisce di "trasparenza psichica".

Appare cruciale poter dare spazio ed espressione alla caratteristica ambivalenza che caratterizza l'attesa della donna, ma non solo: il bambino, infatti, può essere sia oggetto di sentimenti d'amore che di sentimenti di paura, diffidenza, estraneità.

Se questa ambivalenza può avere statuto d'esistenza e una sua legittimità, se può essere accolta, allora essa facilita e permea la gravidanza, altrimenti può generare molte difficoltà. Il lavoro che il gruppo svolge nei corsi di accompagnamento alla nascita è importante, al riguardo, perché offre un luogo relazionale ed emotivo in cui, si può articolare il dialogo tra le madri e i padri presenti insieme a quello silenzioso e intimo di ciascuno con i propri genitori interni, da una parte, e con il nascituro fantasticato dall'altra. Lo scambio, anche quello apparentemente più banale, è stato sempre qualcosa di prezioso e denso di emozioni, talvolta anche quelle "negative" hanno avuto voce nella possibilità di poter raccontare al gruppo sentimenti contrastanti nei confronti dei propri genitori: "vorrei poter essere una mamma diversa dalla mia".

Anche il tema, piuttosto comune, della "scelta del nome" costituisce una sorta di luogo psichico (che diviene grupppale) attorno al quale si condensa il senso del legame tra i due genitori e il punto in cui il bambino si colloca. Non a caso, attorno ad esso si intreccia sovente uno scambio molto fitto all'interno della coppia e nel gruppo sono emerse vicende transgenerazionali peculiari. (Per esempio nelle coppie miste). Questo consente la possibilità di entrare in un rapporto dialogico per ciascun partecipante con la propria storia e con quella degli altri.

Se nella fisiologia della gravidanza e della maternità, il gruppo può costituire uno strumento, talvolta esclusivo, di intervento che svolge una funzione di rispecchiamento e di trasformazione, possono

invece emergere nel corso della gravidanza nuclei di emozioni che paiono inceppare l'attesa, collocarla entro una dimensione permeata di angoscia che non consente mobilità e respiro. Sembra non potersi costituire quella dimensione tra la realtà e il sogno che consente l'attesa. L'incontro con Nina è stato emblematico in tal senso.

Nina è una giovane donna di 32 anni. È l'ostetrica che la segue per la gravidanza a suggerirle la possibilità di un colloquio con una psicologa poiché nel corso delle visite di routine aveva intercettato una quota di sofferenza della signora che l'aveva sollecitata. La signora, infatti, manifestava intense preoccupazioni per la gravidanza, per lo stato di salute proprio e della bambina che doveva nascere. Era infatti portatrice di una patologia genetica per la quale era stato necessario fare delle cure appropriate durante la gravidanza. Questo era stato sufficiente a garantire il buon andamento della gravidanza, almeno sul piano strettamente fisico.

La signora, tuttavia, era in uno stato di ansia estrema e l'ostetrica aveva valutato adeguatamente l'opportunità di un colloquio psicologico di approfondimento.

Quando ho incontrato Nina, ho trovato una donna profondamente turbata e angosciata che ha raccontato una vicenda familiare drammatica che gravava sulla gravidanza in corso come un'ombra molto densa.

Un paio d'anni prima, la sorella di poco più grande, era rimasta incinta per la prima volta e tutta la famiglia era stata molto felice di questa attesa. Tuttavia, alla nascita, il bambino aveva manifestato gravissime anomalie nella crescita che costituivano una condizione gravissima non compatibile con la vita. In quella circostanza la sorella non se l'era sentita di portare avanti la gravidanza che pure era in fase avanzata e aveva deciso di abortire. A seguito di tale evenienza, Nina aveva appreso, insieme alla sorella, di essere portatrice di una malattia genetica che poteva comportare gravi compromissioni fetali.

Questo evento aveva rappresentato un trauma per tutta la famiglia di Nina che sembrava avere poco elaborato quanto accaduto. Nonostante Nina descrivesse un legame affettivo molto forte con la sorella e la propria madre, non c'era stato modo di condividere a sufficienza il dolore per la perdita e l'intera famiglia appariva schiacciata da sentimenti non elaborati da parte di ciascuno di loro.

Nina aveva raccontato questa dolorosa vicenda di getto, esprimendo dolore e un profondo senso di colpa e di vergogna per quanto era accaduto alla sorella, soprattutto per la sua scelta di non tenere il bambino. Acuto mi era apparso il suo timore di sentirsi giudicata. L'incontro con questa donna mi aveva lasciato un sentimento di rischio sulla nascita di questa bambina che sembrava non potersi inscrivere in una circolarità generativa transgenerazionale. Nina non aveva potuto condividere né con la sorella, né con la propria madre la sua attesa: certo i suoi familiari erano a conoscenza della sua gravidanza, ma la condivisione emotiva, il senso trepidante che consente di fantasticare e sognare la nascita non aveva avuto famiglia. Non aveva potuto albergare neanche in lei che era occupata da angosce intense.

Ho incontrato per qualche mese Nina durante la sua gravidanza ed erano stati dei colloqui molto intensi sul piano emotivo che le avevano consentito di ripristinare un luogo psichico in cui collocare la sua gestazione e la sua attesa.

L'esperienza di perdita della sorella aveva costituito un fattore traumatico che gravava su questa nascita che tuttavia era stata anche resa possibile, paradossalmente, dall'evento antecedente. Proprio quella vicenda fraterna aveva infatti portato alla luce la presenza dell'anomalia genetica e consentito quindi a Nina di avere un bambino. All'interno dei colloqui svolti era stato possibile tradurre l'esperienza emotiva, non sempre detta e dicibile, che questa donna stava vivendo, in una narrazione. Nina aveva trovato un ascolto partecipe, sia nell'ostetrica che in me, e questo era stato il mattone su cui era stato possibile per lei iniziare a costruire la sua possibilità di divenire madre disponendosi all'incontro con la sua bambina e proiettandosi oltre. Se inizialmente non era stato possibile per lei neanche immaginare il colore della cameretta della sua bambina, pian piano questa aveva preso forma, per lei e il suo compagno, ed era stato possibile riallacciare il dialogo che pareva traumaticamente interrotto con la sua famiglia.

Credo che, in questa gravidanza, lo spazio di supporto psicologico, in concerto con lo sguardo attento e sollecito dell'ostetrica, abbia ripristinato una sorta di grembo nel quale Nina ha potuto collocare e legittimare la sua maternità e la sua attesa.

In questa ottica di presa in carico globale e multilivello della gravidanza si inserisce anche il **Progetto sulla depressione perinatale**.

ATS Milano Città Metropolitana ha definito uno specifico programma di azione al fine di sviluppare risposte strutturate per la prevenzione, diagnosi e intervento precoce della depressione perinatale, in coerenza con le linee guida "Percorso di presa in carico delle donne in condizione di rischio per lo sviluppo di disturbo depressivo peri/postnatale" prodotte dal Gruppo di Approfondimento Tecnico istituito nel 2015 dalla Direzione Generale Welfare.

L'obiettivo del protocollo è la formalizzazione e condivisione, tra gli Enti coinvolti, della procedura di screening e di presa in carico per la depressione perinatale.

Hanno partecipato al suddetto percorso più Enti, rappresentativi di tutto l'intero territorio ATS Mi.

La depressione nel periodo post partum è definita dal DSM V (APA, 2013), come un episodio depressivo di grado moderato o severo che esordisce prioritariamente quattro settimane dopo il parto, tuttavia molti clinici impegnati nello studio di questa problematica ritengono che i sintomi possano presentarsi fino a 12 mesi dopo la nascita del/la bambino/a

Emerge la complessità del fenomeno e la difficoltà di ottenere dati epidemiologici univoci, a causa della variabilità degli strumenti diagnostici e dei cut-off adottati. Sempre secondo questo studio, molteplici fattori sono collegati all'insorgere della depressione post partum e tra questi assumono particolare rilevanza precedenti episodi depressivi, eventi stressanti legati alla gravidanza e al parto ed infine fattori di tipo socio-demografico e culturale.

Sotto l'aspetto della presa in carico, è riconosciuto a livello internazionale (Stuart Parrington et al., 2014, O'Connor et. al., 2016) che programmi di screening danno buoni risultati in termini di efficacia, se ben collegati a protocolli di cura diffusi e accessibili, ma, nonostante l'ampia mole di studi disponibile, diverse questioni rimangono ad oggi ampio oggetto di dibattito.

Il programma prevede 3 azioni, come indicato nelle Linee Guida Regionali per il "Percorso di presa in carico delle donne in condizione di rischio per lo sviluppo di disturbo depressivo peri – post natale":

1. Sensibilizzazione 2. Screening 3. Trattamento.

L'attenzione, dunque, viene spostata dal post al pre, in modo da poter individuare già in gravidanza i fattori di rischio e intercettare una sintomatologia sub clinica.

1. Sensibilizzazione: diffusione di materiale informativo sulla depressione peri-natale e sullo screening, possibilmente redatto nelle diverse lingue in modo da facilitarne l'accesso a donne appartenenti alle diverse etnie;

2. Screening: valutazione del rischio di sviluppo di depressione nel periodo pre e post partum;

2.1 Strumenti utilizzati per lo screening. La scala d'Edimburgo (EPDS) unitamente ad un questionario riguardante informazioni di natura psico-socio- demografica sono gli strumenti somministrati alle donne intercettate durante il periodo di gravidanza e nel primo anno di vita del bambino. La scala di Edimburgo è composta da 10 item e consente di individuare i sintomi ansioso-depressivi con riferimento alla settimana precedente alla somministrazione; la validità dello strumento è riconosciuta a livello internazionale sia per il periodo della gravidanza sia per il post partum. È stato tradotto in più di 20 lingue e validato anche in Italia.

Si ritiene preferibile effettuare lo screening almeno tre volte nel periodo della gravidanza e del 1° anno di vita del bambino, compatibilmente con l'organizzazione del Servizio che lo attua. I periodi di riferimento sono: 2° trimestre, 30/40 gg dopo il parto e tra i 3 e i 6 mesi del bambino.

Nei casi in cui il punteggio ottenuto al questionario superi il cut off, la donna verrà inviata o allo psicologo del CFI dedicato o ad un servizio di Salute mentale o un ambulatorio specialistico del territorio o dell'ospedale.

In merito alla presa in carico è auspicabile considerare le seguenti buone prassi:

- ponderare, di caso in caso, tenendo conto sia degli aspetti clinici che delle variabili socio-sanitarie che la donna presenta, l'opportunità di proporre alla donna una presa in carico condivisa tra più Servizi o invece esclusiva. Sebbene l'intervento che veda la collaborazione di diversi Servizi possa rispondere ai molteplici bisogni della donna, talora tale approccio può risultare controproducente, in quanto la donna potrebbe sentirsi eccessivamente caricata di sollecitazioni cui non si sente in grado/non riesce ad aderire (es. partecipazione al gruppo massaggio bebè e percorso psicoterapeutico);
- la co-gestione terapeutica (es. terapia farmacologica e psicoterapia,...) risulta tanto più efficace quanto più le/gli operatrici/ori lavorino in modo integrato, condividendo linguaggi e obiettivi terapeutici comuni;
- valutare l'opportunità del coinvolgimento di familiari della donna (es. compagno, genitori, ...) nel percorso di cura;
- l'operatore dovrebbe aver cura di aggiornare l'inviante sull'evoluzione della situazione, sia durante il percorso che al termine dello stesso, soprattutto quando questi continua a lavorare con la donna su altri aspetti;
- qualora dovesse avvenire un'interruzione della cura è altrettanto importante che la/il terapeuta informi l'inviante, anche per concordare eventuali strategie di "recupero".

Il progetto è tuttora in corso e sarà molto utile ed interessante poter fare delle riflessioni sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione target intercettata.

Il puerperio e i primi anni di vita

In questo arco di tempo lo psicologo si occupa dei fenomeni e dei processi evolutivi dei neonati e dei bambini e del sistema di relazioni intorno a loro, lungo un continuum che va dalla fisiologia alla patologia.

Nella fisiologia rientrano tutti quei fenomeni che sono presenti nei processi di sviluppo fisici e mentali di ogni individuo fin dal concepimento.

- La fisiologia del **sonno** del bebè e della famiglia.
- La sua **alimentazione** (allattamento al seno, alimentazione artificiale, introduzione dei cibi solidi).
- La fisiologia dello sviluppo del legame di **attaccamento** alle figure di accudimento.
- la fisiologia delle **emozioni** nel periodo che va dal concepimento al quarto anno, comprendendo anche situazioni stressanti e traumatiche che vengono elaborate in modo fisiologico.

Lo psicologo può facilitare la **comunicazione** fra famiglie e figure professionali di riferimento (come pediatra, ginecologo, personale del reparto di ostetricia o neonatologia) durante il parto e nel puerperio. In particolare, egli si occupa anche di tutto ciò che accade quando qualcosa interferisce con la fisiologia, determinando situazioni di sofferenza che vanno dal semplice disagio o criticità fino alle condizioni di fisiopatologia e psicopatologia più importanti.

Mi soffermerò brevemente ad elencare attività che il Consultorio offre che vanno dalla possibilità di formazione e informazione in materia di cura e crescita del bambino.

Al di là del contenuto di ogni proposta e delle azioni specifiche che un servizio può introdurre, mi preme sottolineare le caratteristiche generali delle proposte prima di entrare nel merito più clinico delle possibilità di intervento.

In primo luogo, le neo mamme hanno la possibilità di usufruire della consulenza all'interno dello "**spazio allattamento**" volto sia a promuovere primariamente l'allattamento al seno, ma non solo, poiché l'obiettivo più importante resta quello di sostenere la possibilità che la mamma e il suo bambino facciano un buon incontro l'una con l'altro.

Un'altra attività proposta nel puerperio è la partecipazione ai **Gruppi mamma-Bambino** che hanno ormai una lunga e solida tradizione.

Fin dai primi giorni le mamme possono condividere le loro esperienze, esprimere i loro dubbi, ricevere informazioni dai professionisti presenti, sostenersi reciprocamente, favorire l'espressione delle emozioni dei primi giorni dopo il rientro a casa e migliorare il senso di efficacia e di competenza genitoriale, anche attraverso il confronto guidato. In un ambiente accogliente e familiarizzante è possibile trovare un valido sostegno per uscire dall'isolamento domestico incontrando altre donne che vivono l'esperienza della maternità. I temi affrontati partono dalle spontanee osservazioni delle mamme, dai loro dubbi e necessità e spaziano da tempi e durata dell'allattamento, all'alimentazione complementare, vaccinazioni, sicurezza e prevenzione di incidenti domestici, modalità di trasporto del neonato. Nel gruppo si affrontano anche gli aspetti della comunicazione mamma-bambino che passa dal contatto, dalla voce e dallo sguardo. Un punto d'attenzione sarà dato alla giusta modulazione degli stimoli da proporre al piccolo. Le mamme vengono accompagnate anche nella scoperta e nella comprensione delle diverse tappe della crescita e delle modalità migliori per prepararsi al distacco per il rientro al lavoro. Infine, per favorire la crescita armoniosa del bambino, sono proposte esperienze di incontro con la lettura e con la musica, sia ascoltata che cantata.

Fondamentale nella costruzione e nel supporto all'identità delle mamme e dei papà è la funzione di rispecchiamento che il gruppo fornisce, il clima di ascolto non giudicante, la condivisione fra i protagonisti di uno stesso passaggio di vita.

In tal senso il Consultorio, specie nelle realtà metropolitane nelle quali le persone sovente convergono per esigenze lavorative, diviene una sorta di comunità che accoglie il nato e il suo nucleo.

Iscrivere il neonato nella trans generazionalità diviene più complessa come operazione là dove il tessuto urbano e metropolitano indebolisce i legami. Non è raro in questi casi per i genitori considerare gli operatori e gli altri genitori dei riferimenti di prossimità a cui potersi rivolgere in modo spontaneo e consapevole.

Tipico di questa modalità è il fatto che i genitori possano nel tempo tornare con delle richieste diverse. Inoltre, il Consultorio promuove con le mamme il progetto **Nati per Leggere** e **Nati per la Musica**.

Nati per Leggere è sviluppato assieme all'Associazione Culturale Pediatri, l'Associazione Italiana Biblioteche e il Centro per la Salute del Bambino, il programma è presente in tutte le regioni italiane. Propone gratuitamente alle famiglie con bambini fino a 6 anni di età attività di lettura che costituiscono un'esperienza importante per lo sviluppo cognitivo dei bambini e per lo sviluppo delle capacità dei genitori di crescere con i loro figli.

Le attività sono realizzate con il contributo economico del Centro per il Libro e la Lettura, delle Regioni, delle Province e dei Comuni partecipanti al programma, e grazie all'attività degli operatori dell'infanzia e dei volontari.

Nati per la Musica promuove l'esperienza musicale in famiglia come strumento di relazione, già durante la gravidanza, per uno sviluppo migliore del bambino nelle prime epoche della vita.

La sensibilizzazione si attua grazie agli operatori che si occupano di prima infanzia come bibliotecari, educatori, musicisti, pediatri, ostetriche.

Il Programma è promosso dall'Associazione Culturale Pediatri e dal Centro per la Salute del Bambino ed è attivo su tutto il territorio nazionale grazie alle reti regionali di operatori, che coordinano e promuovono diverse iniziative locali per bambini in età prescolare e le loro famiglie.

Infine, è attivo il **Gruppo pappa** con il corso su alimentazione complementare a richiesta (auto svezzamento) nel quale si dà valore al nutrimento come elemento di cura e di sviluppo della relazione tra mamma e bambino e tra bambino e mondo che si espande con l'espandersi delle sue competenze.

Quando parliamo di genitorialità, quindi, facciamo riferimento a delle funzioni complesse che evidentemente cominciano ad organizzarsi ben prima della nascita. Essa è la risultante delle

molteplici funzioni di cura che un adulto, sia esso genitore biologico o meno, rivolge a colui di cui si occupa, comprende pertanto più competenze. In primo luogo, la capacità dell'individuo di provvedere all'altro e di individuarne i suoi bisogni in evoluzione, di esplorarne via via le emozioni entrando in risonanza affettiva con l'altro (senza fondersi e confondersi con l'altro), di garantire protezione e sicurezza attraverso l'accudimento, di garantire regolazione (che è innanzitutto una regolazione di spazi e di ritmi) e di dare dei limiti. Tutto ciò è volto alla crescita e allo sviluppo del bambino in modo che sia garantita una funzione transgenerazionale.

Non mi riferisco evidentemente solo alla genitorialità intesa come insieme di atteggiamenti e comportamenti di cura, peraltro sempre inseriti in un determinato contesto sociale e culturale, ma anche e soprattutto ad una dimensione interna simbolica che riguarda i nuclei profondi dell'identità individuale e che si origina a partire dalle proprie esperienze di figli. In tal senso è un assetto che si attiva tutte le volte in cui il soggetto è coinvolto in interazioni di accudimento e cura. Ecco perché possiamo parlare di genitorialità al di là del concepimento, questo ne può essere espressione e presupposto, ma non è condizione necessaria. Essa piuttosto si radica nella comune e umana esperienza dell'essere figli.

L'attesa e la nascita di un figlio costituiscono dunque vicende che mobilitano molto sul piano emotivo perché occorre potersi identificare con i propri genitori e elaborare la perdita dello statuto esclusivo di figli. Questo evidentemente rimette in circolo conflitti irrisolti e lutti che se non elaborati precedentemente possono confluire nella relazione con il bambino e nella possibilità di transitare dal bambino immaginato al bambino reale.

È ai primordi della vita e della storia di ciascuno che si radica l'interiorizzazione e i vissuti dell'esperienza di cura, in una fase in cui il principale contenitore di cure è il corpo e le sue esperienze sensoriali che hanno luoghi (pelle), spazi, ritmi, umori e odori. Lì si iscrivono le emozioni dell'origine della vita psichica, in un crocevia relazionale ed emozionale pregno che lascia traccia, e che determina un andamento della crescita e dello sviluppo della mente e della soggettività. (Ogden – Il limite primigenio dell'esperienza).

In questa processazione inconscia dell'esperienza si costituiscono progressive rappresentazioni di sé/altro da sé che andranno a caratterizzare le esperienze della propria crescita e del proprio stare al mondo. Il corpo, dunque, inizialmente ospita e registra l'esperienza di cura che ciascuno ha fatto e, successivamente, in tutte le fasi e i cicli di vita degli individui, ciascuno può avere modo di attingere a quella primaria esperienza interiorizzata esprimendola a propria volta.

Quali sono le caratteristiche capacità di cura di funzioni genitoriali sufficientemente buone? Per dirla con Winnicott, è cruciale la capacità del genitore di contenere emotivamente (holding) e maneggiare affettivamente (handling) il proprio bambino nonché quella di consentirgli in modo progressivo un'esperienza di realtà (object presenting).

Relativamente a questo stesso ambito concettuale, gli innumerevoli contributi delle neuroscienze hanno evidenziato quanto funzioni genitoriali e funzioni psico-affettive del bambino si sviluppino all'interno di una circolarità tra il caregiver e il neonato.

Bion identifica la funzione di reverie come quella specifica funzione genitoriale che consente la crescita psichica del neonato. Con essa si fa riferimento alla capacità della madre di ricevere, attraverso l'identificazione proiettiva, le impressioni sensoriali del neonato e di elaborarle in modo che il neonato stesso possa assimilarle e introiettarle. È questo scambio emotivo sognante tra madre e neonato che consente lo sviluppo delle funzioni di pensiero attraverso cui porzioni impensabili dell'esperienza emotiva divengono elaborabili e integrabili. In questo interscambio incessante tra le figure di accudimento e il neonato viene progressivamente a costituirsi sia il mondo di esperienza del bambino che la sua individualità: sappiamo che il neonato, fin dall'inizio, contribuisce attivamente a questo processo circolare. Varie sono le circostanze che possono ostacolare il buon andamento di questo processo: dosi di dissintonia emotiva e livelli di frustrazione eccessivi per il bambino, se ripetuti nel tempo, possono determinare il costituirsi di porzioni di esperienza intollerabili, piccoli o grandi luoghi di dolore.

La relazione tra i genitori e il loro bambino è, in queste prime fasi, estremamente plastica e questo consente di inserirsi in un processo che talvolta sembra incepparsi e che implica un vissuto di micro-fallimento delle proprie competenze. Accade sovente che il sonno, l'alimentazione, lo stato di tranquillità o di agitazione del proprio bambino costituiscano motivo per chiedere aiuto psicologico: un bambino che non dorme o che non mangia può mettere molto in crisi e rischiano di configurarsi delle rappresentazioni negative circolari. In altri termini, può strutturarsi l'idea di essere un cattivo genitore di un cattivo bambino e questo costituisce un presupposto da cui possono originarsi delle rappresentazioni che cristallizzandosi nel tempo, diventano davvero generatori di nuclei emozionali impensabili e patogeni. Ecco perché intervenire ai primordi del costituirsi di talune rappresentazioni relazionali, diviene fare prevenzione rispetto allo strutturarsi patologico e disfunzionale.

Nella mia esperienza mi avvalgo di un modello di intervento che, parafrasando Marie Rose Moro definirei "a geometria variabile": a volte si può prefigurare una consultazione che inizia e termina con dei colloqui esclusivamente con i genitori, altre volte si inizia con dei colloqui con i genitori per poi procedere con delle sedute in cui il bambino è parte integrante del dispositivo osservativo e terapeutico, altre volte ancora si lavora con la diade madre-bambino o la triade fin dall'inizio. Dipende dalla natura e dalla qualità del problema presentato, dalla flessibilità dei funzionamenti e dalla mobilitazione di risorse che si evidenziano all'interno della consultazione.

Come Palacio Espasa sottolinea, gli scenari della genitorialità sono sempre diversi, in rapporto ai diversi figli e alle diverse età, ai diversi momenti in cui i genitori richiedono il trattamento, questo perché la genitorialità, prima che reale, è pensata, fantasmaticizzata, elaborata fin dai primi anni di vita e i diversi setting consentono di mettere a fuoco, di volta in volta, elementi diversi della relazione che genitori e bambino stanno co-costruendo.

Importante nelle consultazioni, quindi, diviene l'attenzione alle storie e alle vicende di crescita: come sono diventati genitori? Che genitori si portano dentro nel loro bagaglio di esperienza? Come portano il mondo al loro bambino e il loro bambino al mondo? Possono farlo con fiducia, con apprensione, con sospettosità?

La possibilità di riprendere una crescita inceppata talvolta dipende dalla possibilità di rispecchiare i genitori nelle loro qualità/capacità in dialogo con quelle del loro bambino: questo libera dalle proiezioni eccessivamente imprigionanti e rende fruibili risorse a volte inaspettate.

La vignetta clinica su cui desidero soffermarmi riguarda Agata, una bimba che all'epoca della consultazione aveva poco più di un anno. Mi soffermerò su un piccolo elemento che si è evidenziato, uno dei tanti, per dare rappresentazione degli elementi che possono mobilitarsi in una consultazione.

Agata cominciava a muovere i primi passi e la mamma arrivava in Consultorio dopo un percorso terapeutico personale che l'aveva sostenuta già durante la gravidanza. La signora, infatti, aveva dovuto fare i conti con una gravidanza faticosa sul piano dei suoi vissuti emotivi, tanto e vero che era stata in carico presso l'ambulatorio di depressione perinatale ospedaliero. Sebbene tale condizione fosse clinicamente risolta, essa faceva ancora sentire i suoi riverberi nello stato d'animo che permeava la relazione con la sua bambina.

Agata era stata per tutto questo primo anno una bambina difficile da gestire per il suo sonno spesso agitato e intermittente e per un andamento piuttosto discontinuo rispetto all'autonomia: dal lettone al lettino, dall'avvinghiamento al collo della madre ad un abbraccio che, nel suo perdurare, risultava "asfissiante" per entrambe. Stare insieme e separate sembrava essere per loro estremamente faticoso. La prima consultazione non ha coinvolto il papà e direi che non è stata casuale questa condizione: la signora descriveva il marito come presente nella vita familiare e in quella di Agata in particolare, tuttavia varie evenienze non avevano consentito al papà di essere presente ai colloqui.

La consultazione è consistita in sedute individuali con la mamma e sedute congiunte mamma/Agata in un percorso di rimandi dall'una all'altra. Fin dal primo incontro, Agata è sembrata curiosa e

spaventata da tutto ciò che era nella stanza, compresa me. Dal suo primo muoversi tra le braccia della mamma girando lo sguardo su di me e poi sulla stanza, attratta e spaventata dal suono di una piccola stufetta. Ma c'era nel suo ritmo un andare oltre il corpo della mamma e un suo subitaneo ritrarsi che sembrava tenerla in un rifugio rassicurante certo, ma anche asfittico (era solita torturare il collo della madre con dei movimenti continui che non erano dei veri e propri pizzicotti, ma che procuravano certamente un certo fastidio nella madre).

Nel procedere del lavoro di conoscenza e di osservazione, Agata prendeva pian piano confidenza con la stanza e con me e questo consentiva anche alla mamma, che sulle prime battute appariva tesa e circospetta, di lasciarsi andare ad una sorta di scoperta della sua stessa bambina.

Questo in particolare è avvenuto attraverso un gioco che Agata ha quasi casualmente iniziato a fare: era stata molto attratta da una sediolina rossa che era nella stanza e che, per lei che muoveva i primi passi, sembrava rappresentare un oggetto molto desiderabile; ad un certo punto ha iniziato a salire e scendere dalla seggiola, prima tentennando e poi via via più sicura, fino a mostrare un evidente divertimento nel salire e scendere applaudendosi. La madre la seguiva in questi movimenti apprendomi all'inizio un po' in apprensione non saprei dire se nel timore che la bambina cadesse o nel timore che la sua "esuberanza" incontrasse la mia disapprovazione.

La mamma di Agata era stata una bambina "ineccepibile", come lei stessa si era definita, non aveva mai dato alcun problema ai suoi genitori e ogni piccola manifestazione di vitalità di Agata appariva qualcosa che contrastava con l'esperienza di "essere un bambino" che si portava dentro. Quasi che vi fosse stata una sorta di mortificazione "originaria" di sé.

Ebbene, quel gioco che Agata aveva potuto fare, il suo cercare testardamente la sua sediolina aveva costituito un'esperienza che mamma e figlia avevano realizzato insieme, come una conquista con il piacere ad essa connessa. La signora, infatti, ha potuto esprimere le emozioni che i movimenti di crescita di Agata le procuravano e ha potuto riconoscere la gioia che Agata aveva provato nel giocare gioendone a sua volta con lei.

Questo è stato un primo movimento che ha aperto ad una trasformazione relazionale tra Agata e la sua mamma che ha iniziato a prendere in considerazione a sua volta la sua esigenza e il suo desiderio di rigovernare il suo progetto personale di madre.

Quando l'intervento perinatale si snoda ai limiti: madri migranti e maternità compromesse.

Vi è un ambito di intervento nell'area della psicologia perinatale in cui il Consultorio, servizio di prossimità, ha una funzione fortemente preventiva ed è questo l'ambito di lavoro con le donne migranti.

La vicenda migratoria, di per sé, costituisce un evento traumatico perché priva l'individuo del suo involucro culturale, fondamentale per garantirgli un senso di continuità, di appartenenza, di riconoscimento. Se effetti traumatici sono presenti nelle storie di ogni individuo che migra, ancora di più si fanno sentire nelle vicende di maternità in terra straniera.

Quella vulnerabilità che per via della trasparenza psichica può essere propria di qualunque gravidanza, per via del sommovimento identitario che la caratterizza, è ancora più presente e invalidante se la gravidanza e la maternità sono vissute in condizioni migratorie. Non è così inconsueto che una donna, straniera in Italia, viva una crisi emotiva profonda nel momento in cui diviene madre: come può identificarsi con i propri riferimenti identitari interni se non ha un contesto che glieli riconosce, che glieli legittima?

La rottura dei propri contenitori culturali, linguistici, relazionali espongono queste maternità e queste nascite a destini di sviluppo spesso segnati: che poi esitano in percorsi, soprattutto in adolescenza, in cui i nodi originari emergono.

Accogliere le madri già nella presa in carico sanitaria e ostetrica con un'attenzione speciale alla loro fragilità psichica, emotiva e culturale significa aiutarle a stabilire dei ponti tra il loro "altrove" e il loro "qui", significa legittimare la loro possibilità di costruire un nido anche in terra straniera.

Un figlio è sempre una scommessa sul futuro, ma donare un figlio ad un mondo che non ti riconosce può essere un vero e proprio coraggioso azzardo e come società abbiamo il dovere etico di avere cura soprattutto di queste nascite fuori dal nido. Questo significa attrezzarsi e attrezzare sempre meglio i servizi e il modello di consultazione.

Per molte donne e madri straniere, il Consultorio rappresenta ad oggi un contesto di ascolto e in molte sedi consultoriali della città di Milano vi sono, sulla base delle prevalenze migratorie, mediatrici culturali che settimanalmente coadiuvano il personale psico-socio-sanitario nei loro interventi con le madri straniere.

Questa presenza non ha solo una funzione di mediazione linguistica, là dove la lingua può costituire evidentemente un grosso ostacolo nella comunicazione e nell'accoglienza di una sofferenza, ma anche quella di decodifica culturale.

La maternità e la genitorialità in terra straniera infatti hanno più che mai bisogno di interlocutori che aiutino a costruire quelle reti di legami che la migrazione traumaticamente interrompe e un presupposto è la possibilità di accostarsi a questa domanda d'aiuto (talvolta formulata, talvolta da intercettare) con una capacità d'ascolto ancora più scevro da giudizio e pregiudizio.

L'intervento psicologico perinatale, all'interno di un Servizio poliedrico come è il Consultorio, non si articola solo in termini preventivi, ma anche in termini di cura, talvolta di protezione e tutela del bambino neonato.

Ci si trova in tali casi a trattare quelle genitorialità compromesse, quelle situazioni di sviluppo in cui convergono gravi carenze socioculturali, affettive, economiche e ambientali, nonché vicende traumatiche in cui la dimensione transgenerazionale del trauma è spesso preminente.

L'Autorità Giudiziaria (sia il Tribunale Ordinario che il Tribunale per i Minorenni) interviene per mettere in protezione quei minori che vivono all'interno di situazioni familiari multiproblematiche e disfunzionali per una sana crescita psicologica ed emotiva.

Il percorso ed il processo di tutela si attiva principalmente a seguito di comportamenti di abuso, maltrattamento e/o grave trascuratezza da parte del genitore e quando, a fronte di un disagio manifestato dal bambino, non si determina nel suo caregiver un riconoscimento del disagio con la consapevole volontà di porvi rimedio. In questi casi appunto si rende necessario l'intervento di agenzie esterne, operatori sociali e di giustizia, che si assumano direttamente la responsabilità e la protezione del bambino in quanto soggetto debole.

In ambito perinatale accade che talvolta gli effetti drammatici delle problematiche genitoriali si manifestino già alla nascita: mi riferisco a quelle situazioni, per esempio, in cui il neonato presenta una sindrome da astinenza neonatale perché la madre aveva una pregressa problematica di dipendenza da sostanze oppure a quelle vicende di grave maltrattamento (per esempio nei casi di baby shake syndrom) per dirne qualcuno.

Abbiamo a che fare qui con un incontro tra la mamma e il suo bambino e tra il bambino e il suo ambiente che presenta dei livelli di compromissione importante: sovente vi sono vicende di genitori che sono stati a loro volta figli trascurati o traumatizzati,

In queste vicende, l'Autorità Giudiziaria interviene riducendo la responsabilità genitoriale in capo al genitore che è stato autore del maltrattamento o della trascuratezza e attribuendo l'affido del minore al Comune. Lo psicologo interviene quindi su richiesta dell'Autorità Giudiziaria e del Comune per poter svolgere, in prima battuta, un approfondimento psicosociale sul nucleo familiare in modo da porre attenzione sull'entità di compromissione delle funzioni genitoriali, sulla qualità delle risorse residue su cui proporre un progetto di cura e riabilitazione.

E' evidente che il setting nel quale si lavora è piuttosto peculiare poiché non scaturisce da una richiesta spontanea da parte dei genitori, tuttavia una buona riuscita del percorso di valutazione è data dalla

possibilità di costituire margini di alleanza anche minimi con i genitori oggetto del procedimento dell'autorità giudiziaria.

Direi che la possibilità di passare da una dimensione in cui i genitori sono "oggetto di un procedimento" a quella in cui possono essere soggetto di un percorso passa attraverso il riconoscimento di quelle aree di sofferenza profonda di cui questi stessi genitori sono spesso portatori. Questo può costituire un presupposto per organizzare un progetto di cura che può a volte implicare non tanto e non solo una presa in carico diretta del genitore, ma anche un lavoro di tessitura con l'ambiente che riabilita e cura (comunità, educatori etc).

Sovente è un lavoro lento, il cui esito è incerto e nel quale sono tante le variabili (di personalità e di contesto) che possono positivamente o negativamente incidervi, ma ha con sé una possibilità di rinascita nella nascita.

Bibliografia

- Bastianoni P., Taurino A., 2007, *Famiglie e genitorialità oggi: nuovi significati e prospettive*. Milano: Unicopli.
- Bion W. R., 1970, "Una teoria del pensiero" in *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando Editore.
- Bion W. R., 1972, *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando Editore.
- M., Bydolowski, M., 2004, *Sognare un figlio. Inventario psicoanalitico sulla maternità*. Bologna: Pendragon
- Fava Vizziello, G. M., 2003, *Psicopatologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino.
- Ferrara Mori G. (a cura di), 2008, *Un tempo per la maternità interiore. Gli albori della relazione madre-bambino*. Roma: Borla.
- Leonelli Langer L. *La chiave del parto nascita intervento* al Convegno di studio "Benessere e puerperio. Prevenzione della depressione pre e post partum" – Riva del Garda – 5-6 ottobre 2006.
- Manzano J., Palacio Espasa F., Zilkha N., 2001, *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. Milano: Raffaello Cortina.
- Moro M. R., 2002, *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Ogden T. H., 1992, *Il limite primigenio dell'esperienza*. Roma: Astrolabio
- Racamier, P.C., Taccani, S., 2010, *La crisi necessaria*. Franco Angeli Ed. Milano.
- Winnicott D.W., 1958, La preoccupazione materna primaria. In: *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D. W., 1993, *Colloqui con i genitori*. Milano: Raffaello Cortina
- Vallino D., (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Roma: Borla

Daniela Calandrino
Milano