

## **Trasformazioni identitarie nella transizione alla maternità, nelle situazioni di fragilità esistenziale: il parto in anonimato e il sostegno alla genitorialità nelle comunità mamma-bambino**

*Loredana Paradiso*<sup>1</sup>

### **Abstract**

L'articolo analizza le trasformazioni identitarie delle donne in situazione di vulnerabilità durante la gravidanza, delineando le premesse teoriche e metodologiche del percorso di sostegno educativo e sociale nell'elaborazione della scelta di rinuncia della genitorialità attraverso il parto in anonimato, o nell'accompagnamento alla maternità nell'inserimento nelle comunità mamma-bambino. L'analisi dei due percorsi permette di individuare la complessità delle trasformazioni identitarie nella transizione alla maternità per le donne in situazione di fragilità e, nello stesso tempo, i pregiudizi e gli stereotipi nella società rispetto alla decisione di diventare madre, che rappresenta un fattore determinante della responsività materna. Da qui, si valorizza dunque il gesto della rinuncia alla genitorialità, nell'ambito del percorso del parto in anonimato, come un gesto di cura nei confronti del figlio.

**Parole chiave:** responsività, trasformazioni identitarie, parto in anonimato, comunità mamma-bambino, supporto alla genitorialità.

### **Abstract**

The paper analyses the identity transformation of women in a situation of vulnerability, during pregnancy. It outlines the theoretical and methodological premises of the pathways of educational and social support, in the choice of renouncing parenthood through anonymous birth or entering motherhood by joining a mother-child community. The analysis of the two paths mentioned allows us to identify the complexity of identity transformations in the transition to motherhood for women, in situations of fragility. At the same time, this allows us to understand how the prejudices and stereotypes in society influence both the decision to become a mother and later maternal responsiveness. Here, the renunciation of parenthood in the context of anonymous childbirth is valued as a gesture of care towards the child.

**Keywords:** responsiveness, identity transformations, anonymous birth, mother-child communities, parenting support.

---

<sup>1</sup> Professoressa a contratto di Pedagogia sperimentale presso il Dipartimento di Scienze della Formazione e il Dipartimento di Giurisprudenza, Corso Servizi Sociali, dell'Università degli Studi di Genova.

### 1. *Trasformazioni identitarie nella maternità e fragilità esistenziali*

La decisione di diventare madre è un aspetto centrale del ciclo di vita (Scabini, 1995) della donna che avvia il percorso di trasformazione identitaria che accompagna la sua progettualità esistenziale e la formazione dei significati simbolici del “materno”, essenziale nella relazione futura con sé stessa come donna e madre (Catarsi, 2011; Musi, 2007; Terlizzi, 2008). È nostro interesse analizzare dunque questi processi nei percorsi delle donne che vivono condizioni di fragilità psico-socio-culturale (Milani, Serbati, 2013), per osservare la trasformazione identitaria legata alla rappresentazione di sé come donna e madre e, di conseguenza, alla relazione madre-figlio.

In particolare, il *focus* riguarda la situazione in cui il concepimento è l'esito di un percorso accidentale o complesso, segnato da condizioni di precarietà sociale e culturale o da esperienze di solitudine o di violenza, che attivano vissuti di disorientamento, di ambivalenza e persino di negazione che interrompono o compromettono i processi di elaborazione legati al proprio ruolo di donna e di madre, a volte arrivando al parto in una sorta di “rimozione” della gravidanza. Per questo è decisivo prestare attenzione agli eventi che si attivano con il concepimento e alle trasformazioni identitarie (Ammaniti *et al.*, 1998) che accompagnano la scelta di diventare madre poiché il nucleo decisionale costituisce un fattore di protezione, o di rischio (Di Blasio, 2005), della relazione genitoriale futura e, nello specifico, dell'attivazione dei comportamenti responsivi nei confronti del figlio. Nelle situazioni di fragilità, infatti, la fase decisionale è un processo ambivalente che può provocare vissuti di disorientamento, disistima, colpevolizzazione o, al contrario, idealizzazione di sé come madre, agendo in questo caso come un fattore riparativo delle esperienze sfavorevoli vissute nella propria infanzia.

In altre contingenze, invece, accade che la condizione di gravidanza è negata, generando una situazione in cui la donna nasconde la gravidanza a sé e agli altri trovandosi in procinto di partorire in situazioni di, ancora una volta, disorientamento, e alta precarietà. È su questo aspetto che desideriamo concentrare l'attenzione per osservare la complessa dinamica che si forma nella fase del concepimento, della gravidanza, del parto e della nascita nelle situazioni di fragilità, per focalizzare l'importanza del lavoro psico-sociale, sanitario e educativo nella rete territoriale (Bastianoni, Taurino, Zullo, 2011) a sostegno delle donne in situazioni di

vulnerabilità che permette di accedere ai servizi<sup>2</sup> di accompagnamento al parto e di sostegno alla genitorialità.

In special modo, il *focus* è rappresentato dal tentativo di offrire una risposta concreta alle donne in condizioni di fragilità che rischiano un parto in solitudine e una nascita traumatica e che sono portate ad agire comportamenti estremi di negazione, come l'abbandono del bambino o, ancora più grave, l'infanticidio. Sono situazioni, quelle cui si è fatto cenno, che si innestano su eventi di vita complessi, come episodi di violenza, relazioni disfunzionali, abbandoni, situazioni di disagio psicologico o sociale conclamato, percorsi di immigrazione, o di inserimento culturale complesso (Silva, 2008): tutte contingenze, quelle appena menzionate, che portano la donna a vivere questo momento nel disorientamento, nella confusione e solitudine e, spesso, a subire altri traumi in relazione alla propria condizione di maternità.

L'approccio psico-socio-pedagogico che intendiamo promuovere considera tale momento di vita come un *percorso*, che può trasformarsi in un'esperienza di riparazione e resilienza all'interno di due diverse direzioni: la prima, di sostegno neutrale alla scelta del parto in anonimato, per vivere un parto sicuro per sé e per il figlio e avere il tempo e il supporto necessari per decidere se diventare madre o rinunciarvi; la seconda, di accompagnamento durante la gravidanza e di sostegno nella maternità, in modo da creare lo spazio per una genitorialità che sia realmente frutto di una scelta; consapevole, quindi: e, di conseguenza, responsiva. In quest'ultimo caso, desideriamo concentrarci sulla necessità di lavorare sul piano della co-costruzione dei significati socio-culturali attorno a questa scelta, intesa come uno dei gesti di cura più profondi e importanti che si possano fare, e che deve pertanto essere valorizzata nel suo reale significato di "prendersi cura del futuro del figlio": aspetto e dimensione, questi, decisivi per la prevenzione dell'abbandono traumatico,

---

<sup>2</sup>Da una *review* della letteratura in Italia sul tema del parto in anonimato o sulla rinuncia alla genitorialità emerge come sia presente soltanto attraverso una trattazione sul piano giuridico. In questo articolo si avvia una prima riflessione pedagogica sul tema individuando le diverse direzioni teoriche in esso coinvolte: dall'intersezione dei percorsi psico-socio-educativi legati alle esperienze nel *pre-* e *post-* parto in anonimato e dei percorsi adottivi, all'accompagnamento e sostegno alla maternità. *D'ora in avanti, laddove non diversamente specificato, le note a piè di pagina sono da intendersi a cura dell'Autrice, N.d.R.*

dell'infanticidio, e per l'evoluzione positiva dei vissuti di lutto e dolore, legati alla separazione e perdita del figlio<sup>3</sup>.

## 2. *Il parto in anonimato: la prevenzione dell'infanticidio e dell'abbandono*

13 giugno 2024 – “Donna senza fissa dimora partorisce da sola in strada” (<https://www.ilrestodelcarlino.it/bologna/cronaca/donna-senza-fissa-dimora-partorisce-in-strada-8a42a95d>)<sup>4</sup>; 16 settembre 2024 – “Neonato morto a Parma, la madre avrebbe indotto il parto e ucciso il figlio” ([https://www.ansa.it/emiliaromagna/notizie/2024/09/16/neonato-morto-a-parma-la-madre-avrebbe-indotto-il-parto-e-ucciso-il-figlio\\_50817160-394e-4679-a1d3-b891e0446780.html](https://www.ansa.it/emiliaromagna/notizie/2024/09/16/neonato-morto-a-parma-la-madre-avrebbe-indotto-il-parto-e-ucciso-il-figlio_50817160-394e-4679-a1d3-b891e0446780.html))<sup>5</sup>. Queste sono solo due delle diverse storie di solitudine e disperazione molto diverse tra loro che accadono ancora in Italia, che riguardano donne in situazioni di estrema fragilità che non riescono a essere intercettate dai servizi sociali e socio-assistenziali e educativi per entrare in un percorso di tutela della donna e del bambino (Bertotti, 2013), durante la gravidanza e il parto. Le donne che rischiano di vivere un parto in solitudine e, successivamente, di agire l'abbandono traumatico del figlio o l'infanticidio, sono soggetti spesso con storie personali e familiari travagliate e complesse, per motivi psicologici, sociali e culturali, molto diverse tra loro; in alcuni casi, si tratta di donne che sono state lasciate o hanno lasciato partner e familiari per situazioni di vita e convivenza complicate, quando non traumatiche; in altri casi, sono vittime di violenza che non hanno trovato supporto, né in ambito familiare, né nella rete dei servizi; in altri casi ancora, hanno storie di immigrazione (Silva, 2008) e di inserimento sociale complesse, e/o vivono gravi situazioni di disagio e marginalità psico-sociale, come ad esempio nella condizione di essere senza fissa dimora e/o di essere vittime di sfruttamento sessuale. Non solo: ci sono donne che vivono la gravidanza nel disorientamento e nella confusione, che compromettono la possibilità di affrontare i compiti di sviluppo connessi alle trasformazioni identitarie legate alla maternità

---

<sup>3</sup>In Italia il tema del dolore della madre nel percorso del parto in anonimato non trova uno spazio di elaborazione scientifica nei settori coinvolti all'analisi del tema. La letteratura internazionale (cfr., fra gli altri, Grotevant *et al.*, 2007; Krahn, Sullivan, 2015) invece, ha studiato molto questo tema con riferimento ai diversi gradi di apertura dell'adozione.

<sup>4</sup>Data di ultima consultazione: 29.09.24

<sup>5</sup>Data di ultima consultazione: 29.09.24.

e genitorialità, agendo comportamenti di negazione o di occultamento della gravidanza.

In moltissimi casi le donne che vivono queste situazioni sono difficili da intercettare e da coinvolgere perché tendono a rimanere in disparte e vivere in solitudine per tutto il tempo della gravidanza, spesso vissuto in una condizione di confusione temporale perdendo il controllo sul tempo utile per compiere altre scelte sulla propria vita. È in questo scenario che si innesta il tema del sostegno della donna in gravidanza, in situazioni di fragilità, che decide di rinunciare alla genitorialità attraverso il percorso del parto in anonimato regolato dal D.P.R. 396/2000<sup>6</sup>, attraverso cui è permesso alla madre di partorire in una situazione di tutela e protezione di sé e del bambino e, allo stesso tempo, di avere il tempo per decidere in merito al riconoscimento del figlio (Knoll, 2022). Un intervento, quello cui ci riferiamo qui, orientato alla protezione e tutela della donna e del bambino, che coinvolge i servizi socio-sanitari di ogni Regione nell'ambito del progetto del parto in anonimato, e quelli psico-educativi nella progettazione di azioni sociali, di assistenza, sostegno psico-educativo e accompagnamento sia alla rinuncia alla genitorialità e quindi all'interconnessione con il percorso di adozione del bambino, sia alla scelta di diventare madre.

Attualmente, uno dei lavori più importanti è la costruzione della rete dei servizi e la loro formazione in modo da creare una cultura trasversale, che consenta agli operatori dislocati nei diversi servizi del territorio di offrire una risposta integrata ai bisogni psico-socio-educativi e sanitari della donna. Soltanto un lavoro di rete strutturato ed efficace permette di entrare in contatto con le donne in situazioni di fragilità, di “agganciarle” e di iniziare un lavoro finalizzato alla costruzione di una fiducia reciproca, propedeutica per le fasi successive del progetto. Da questo momento le strade sono due: il tempo dell'accompagnamento psico-sociale e educativo nel luogo di vita della donna in modo da favorire la conoscenza e la fiducia che generalmente impediscono loro di rivolgersi direttamente ai servizi, a cui segue l'incontro con l'ostetrica che l'accompagna al parto, oppure il percorso di inserimento in una comunità mamma-bambino sino al momento del parto.

---

<sup>6</sup>*D'ora in avanti, laddove non diversamente specificato, per tutti i riferimenti alle normative e/o alle Convenzioni e Dichiarazioni, sia nazionali che internazionali, in oggetto citate, come in questo caso, nel corpo del contributo, si rimanda ai Riferimenti Normativi, N.d.R.*

Così facendo, la finalità essenziale è di accompagnare la donna a vivere il momento del parto e della nascita in sicurezza e darle tutte le informazioni per agire in modo responsabile e consapevole verso di sé e verso il bambino. Questo implica la decisione legata a dove partorire e con quale progetto futuro. Uno dei primi passaggi, in entrambi i percorsi, è l'ascolto neutrale della storia della donna per condividere il percorso compiuto e se è presente una progettualità sul proprio futuro e su quello del bambino. Ci sono donne che hanno deciso sin dall'inizio di portare a termine la gravidanza e di non riconoscere il figlio, così come ce ne sono altre che non sono informate a riguardo; altre ancora, che dopo essere state informate impiegano molto tempo a elaborare una scelta.

Quando, invece, la donna entra in ospedale per partorire senza aver ricevuto precedentemente alcun tipo di contatto con la rete dei servizi del pubblico-privato è importante che gli operatori siano in grado di intercettare il suo disagio per evitare che si arrivi al momento della dimissione senza aver compreso il rischio sanitario e sociale per la mamma e il bambino. Una volta che gli operatori rilevano la situazione di rischio o anche quando è la donna a comunicare la sua volontà del parto in anonimato, una parte importante del loro lavoro è rivolto a offrire le informazioni sulla tutela e i diritti della donna e del bambino: dal momento dell'ingresso in ospedale, al momento del parto e del *post-parto*. Tutte le fasi sono sempre descritte alla donna prestando attenzione a presentare che qualsiasi scelta, e quindi sia il parto, sia la scelta di diventare madre e di farsi aiutare con l'inserimento in comunità, sia la rinuncia alla genitorialità con l'adozione del bambino sono comportamenti di protezione per lei e per il bambino stesso, nonché il presupposto per un futuro consapevole e frutto di una, effettiva, scelta.

### *3. Il parto in anonimato: l'intersezione dei diritti della madre e del bambino*

Una parte importante del lavoro psico-sociale e educativo riguarda l'intersezione tra i diritti del figlio e quelli della donna: in questo percorso il bambino è considerato un soggetto di tutela con particolare riferimento alla valutazione delle possibilità per la madre di prendersene cura o, nel caso della rinuncia alla genitorialità, al buon esito dell'abbinamento nel percorso adottivo. In questo secondo caso una parte importante del confronto con gli operatori verte sul tema del diritto del figlio adottivo di conoscere, in età adulta, l'identità della madre biologica, attraverso

una procedura denominata di interpello. Sul piano legislativo, infatti, il tema del parto in anonimato coinvolge l'intersezione di due leggi che rispondono a diritti che potrebbero essere considerate in competizione tra loro: la Legge che regola il parto in anonimato con Art. 30, Comma 2 del D.P.R. 396/2000 attraverso cui è permesso alla madre di non riconoscere il bambino in una condizione di anonimato e di garantire la sua tutela attraverso l'inserimento immediato nel percorso adottivo e la Legge 183 del 1984 e *smi*, sull'affido e adozione con riferimento al diritto all'informazione sulle origini del figlio che entra nel percorso adottivo.

Anche in riferimento a questo tema, ci sono donne che entrano nel percorso del parto in anonimato con la totalità delle informazioni sui diritti propri e del bambino, ce ne sono altre, invece, che non conoscono questi aspetti e che hanno bisogno di essere accompagnate nella comprensione del significato degli atti giuridici che stanno compiendo per sé e per il figlio. In questo caso, quando gli operatori riconoscono i segnali di fragilità, di incertezza dopo il parto legati al disorientamento nella decisione di riconoscere il bambino avviano un lavoro di sostegno che accompagna la donna ad avere le informazioni per prendere una decisione consapevole e più vicina possibile al proprio progetto di vita.

Un altro aspetto cruciale di questo percorso è rappresentato dalle narrazioni degli operatori nell'accompagnamento della madre sulla decisione di non riconoscere il figlio funzionali al riconoscimento del valore di questa scelta. È essenziale, infatti, evitare narrazioni influenzate da stereotipi sulle "madri abbandoniche" che contribuiscono alla formazione di vissuti negativi sul proprio gesto di rinuncia alla genitorialità che possono attivare sentimenti di colpa o di vergogna che la donna potrebbe portarsi dietro nella vita amplificando i vissuti di lutto e di dolore legati alla percezione di abbandono del figlio. Lo stesso per quanto riguarda le narrazioni sulla storia del percorso adottivo da parte dei genitori e del figlio che potrebbero, in funzione di una narrazione centrata sull'abbandono, vivere il dolore della madre biologica nel percorso di formazione della genitorialità e filialità adottiva. A questo proposito è cruciale lavorare per la "cura delle narrazioni" poiché i significati legati al parto in anonimato e alla rinuncia alla genitorialità siano considerati come "un atto di cura" e, in un certo senso, come il "più alto gesto di responsabilità" di una madre. Le donne che partoriscono con il percorso del parto in anonimato, infatti, "non abbandonano un figlio" poiché riescono a vivere la preoccupazione materna di "lasciare il figlio in un luogo sicuro" in seguito alla scelta di rinunciare alla genitorialità. È importante, pertanto, sostenerle nell'elaborazione positiva del proprio gesto,

poiché ciò rientra in un'azione di cura, forse tra le più complesse, con un impatto diretto sul valore di sé (Rigliano, 2023).

Tutto ciò implica uscire da una eredità culturale che “stigmatizza” il gesto della rinuncia alla genitorialità, per considerarlo una decisione di protezione e tutela del bambino. Ed è proprio la percezione di una relazione non giudicante e di neutralità (Rogers, 1970, trad. it. 2013) che permette alla donna di raccontarsi, restituendo la sua voce agli altri come esperienza di autodeterminazione e di *agency* (Bandura, 2000) sulla propria vita. È il momento dell'ascolto e del dialogo socio-educativo, che danno spazio alla *narrazione* della propria storia (Bove, Mussi, 2020), permettendo di ricostruire i significati degli eventi e dei gesti compiuti. In questi casi diventa importante operare per il sostegno e l'accompagnamento alla dimissione che si deve collocare come un intervento di continuità e di rete tra ospedale-territorio nel percorso di reinserimento socio-familiare della donna e del bambino nel caso della scelta di riconoscere il figlio e aprirsi alla genitorialità, o nella situazione della rinuncia alla genitorialità attraverso l'inserimento in comunità per donne sole, o di altri percorsi che prevedono una progettualità socio-educativa al di fuori di un contesto residenziale.

#### 4. *L'accoglienza in comunità: percorsi di sostegno alla genitorialità*

Ci sono delle donne che, a differenza del percorso presentato sopra, riescono a chiedere aiuto durante la gravidanza se sono nelle condizioni di non poter vivere nella propria rete familiare o sociale, anche a fronte di situazioni di violenza o di percorsi psico-sociali di alta precarietà. In questi casi si propone loro un percorso di inserimento in una comunità mamma-bambino (Bastianoni, 2007), con la finalità socio-educativa di protezione della donna e del bambino stesso sino al parto e, nel caso della scelta di riconoscere il figlio, nei primi due anni di vita di quest'ultimo. Le donne che scelgono questo percorso hanno il tempo di valutare e decidere se percorrere la strada della genitorialità e rimanere in comunità, oppure di vivere in un luogo considerato favorevole e di essere seguite in un percorso di *home visiting*<sup>7</sup> (Pedrocco Biancardi, 2013) educativo e

---

<sup>7</sup> Questa situazione viene scelta quando la madre ha un'abitazione di riferimento e esprime la volontà di rientrare in famiglia dopo la valutazione psico-sociale compiuta con i diversi operatori coinvolti. In questo caso la finalità è di sostenere la mamma nelle situazioni critiche in generale della cura del bambino dall'allattamento, al ritmo sonno-veglia, al supporto emotivo al sostegno nelle funzioni materne.

di ostetricia dopo il parto, oppure di scegliere di partorire in anonimato e rinunciare alla genitorialità; in quest'ultimo caso possono decidere se essere inserite, successivamente, in una comunità per donne per avviare un percorso di autonomia e di reinserimento sociale.

In questo senso, l'inserimento nella comunità mamma-bambino rientra nei percorsi di prevenzione della trascuratezza, della negligenza e del maltrattamento, e di assunzione positiva del ruolo genitoriale, nelle direzioni dell'«autonomizzazione, autorealizzazione e di auto-appropriazione» (Demetrio, in Quaglino *et al.*, 2005, p. 81); ovvero, percorsi, quelli appena citati, di formazione della genitorialità e autonomia nella vita personale e familiare con il bambino. L'inserimento nella comunità mamma-bambino, infatti, rientra nei processi di trasformazione e cambiamento personale legati allo sviluppo del ruolo genitoriale e della rappresentazione di sé: come madre e come donna. Infatti, nella vita di comunità le neo-madri hanno la possibilità di riconoscere e condividere le emozioni ambivalenti connesse con il ruolo materno e con la cura del bambino: ci sono situazioni in cui si percepiscono distanti dai bisogni del bambino e incapaci a essere responsive nei suoi confronti poiché anch'esse bisognose di cure e di supporto, non solo nella relazione con il figlio ma, in generale, nella vita. Ce ne sono altre, invece, che si sentono sopraffatte dal ruolo genitoriale e che reagiscono a questa situazione con comportamenti di immobilismo o, anche, di fuga reale o immaginaria, o di allontanamenti e avvicinamenti al figlio.

In entrambi questi casi, la funzione di sostituto genitoriale degli operatori o anche la delega diretta da parte delle madri permette ai bambini di ricevere le cure sufficientemente buone per il loro sviluppo e alla madre di partecipare all'accudimento. Gli operatori della comunità creano lo spazio sociale e mentale per poter parlare dell'ambivalenza rispetto al ruolo materno in modo da essere sempre vigili rispetto al tema dei bisogni del bambino e della responsabilità. È bene, inoltre, tenere presente che nelle comunità mamma – bambino si intreccia la dimensione del sostegno e della verifica delle funzioni parentali, all'interno del progetto partecipato di accoglienza citato sopra nell'accoglienza in comunità della madre e del bambino. Questo, naturalmente, richiede di attivare una verifica costante sulla reale possibilità di proseguire il percorso genitoriale e di raggiungere un'autonomia nell'accudimento del bambino. Nel caso affermativo, la relazione di cura condivisa del bambino con gli operatori può trasformarsi anche in uno spazio di riparazione della storia traumatica o traumatizzante, proprio attraverso le *routines* quotidiane di risposte dei bisogni primari del figlio che diventano indirettamente, grazie al sostegno educativo, una risposta ai propri bisogni di cura.

La focalizzazione sul ruolo genitoriale atteso in termini di responsabilità genitoriale è una finalità della tutela del bambino delle comunità mamma-bambino e viene proposto come un compito educativo nel futuro quando eserciterà il ruolo materno in autonomia. In questo senso gli educatori e gli operatori hanno un ruolo di prevenzione e di riparazione proprio in relazione alla possibilità di offrire un contesto protettivo e di cura che sostenga la mamma in una prospettiva di *scaffolding* (Wood, Bruner, Ross, 1976) del ruolo di madre nella relazione con il bambino. Un modo, questo, dunque, per «curare chi cura perché possa curare, interrompendo la carenza intergenerazionale del *breakdown* genitoriale» (Bastianoni, 2022, p. 121).

### Riferimenti bibliografici

- Ammaniti M., Candelori C., Pola, Tambelli R. (1996): *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bandura A. (2000): *Auto-efficacia, Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson, 2000.
- Bastianoni P. (2007): *Interazioni in comunità. Vita quotidiana e interventi educativi*. Roma: Carocci.
- Bastianoni P., Taurino A., Zullo F. (2011): *Genitorialità complesse. Interventi di rete a sostegno dei sistemi familiari in crisi*. Milano: Unicopli.
- Bastianoni P. (2012): La cura del bambino in casa. È possibile curare senza allontanare? Il sostegno alla genitorialità fragile: il progetto di affiancamento. *Minori giustizia*, n. 1, pp. 212-219.
- Bertin G.M. (2004): *Educazione alla progettualità esistenziale*. Roma: Armando.
- Bertotti T. (2013): *Bambini e famiglie in difficoltà. Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*. Roma: Carocci.
- Bove C., Mussi, A. (2020): Intimità, vicinanza e dialogo al femminile. Etnografia e narrazione biografica nella relazione con donne-madri migranti. *La Famiglia*, 54(264), pp. 97-110.
- Catarsi E. (2008): *Pedagogia della famiglia*. Roma: Carocci.
- Catarsi E. (2011): Diventare genitori. Educazione familiare e corsi di preparazione alla nascita. *RIEF-Rivista Italiana di Educazione Familiare*, n.1, pp. 5-14.
- Corsi M., Stramaglia M. (2013): *Dentro la famiglia. Pedagogia delle relazioni educative familiari*. Roma: Armando.
- Quaglino G., Reynaudo M., Del Commuto A. (2005): *Tra orientamento e auto-orientamento, tra formazione e autoformazione*. Roma: ISFOL.
- Di Blasio P. (a cura di) (2005): *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*. Milano: Unicopli.
- Gigli A. (2017): *Famiglie evolute. Capire e sostenere le funzioni educative delle famiglie plurali*. Bergamo: Edizioni Junior.
- Grotevant H.D., Henney S., Ayers-Lopez S., McRoy R. (2007): Evolution and Resolution: Birthmothers' Experience of Grief and Loss at Different Levels of Adoption Openness. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(6), pp. 875-889.

- Knoll B. (2022): Il diritto al parto in anonimato. *Milan Law Review*, 3(1), pp. 94-115.
- Krahn L., Sullivan R. (2015): Grief & Loss Resolution among Birth Mothers in Open Adoption. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, 32(1-2), pp. 27-48.
- Milani P., Ius. M., Serbati S. (2013): Vulnerabilità e resilienza: lessico minimo. *Studium Educationis*, n. 3, pp. 72-80.
- Musi E. (2007): *Concepire la nascita. L'esperienza generativa in prospettiva pedagogica*, Milano: FrancoAngeli.
- Pedrocco Biancardi M.T. (2013): *Curare senza allontanare: Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Rigliano P. (2023): *Il valore di Sé. Autostima e sofferenza mentale*. Milano: Mimesis.
- Rogers C. (1970): *La terapia centrata sul cliente*. Trad. it. Firenze: Giunti, 2013.
- Scabini E. (1995): *Psicologia sociale della famiglia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Serbati S., Milani P. (2013): *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*. Roma: Carocci.
- Silva C. (2008): Memorie autobiografiche di madri immigrate. *RIEF-Rivista Italiana di Educazione Familiare*, 3(1), pp. 92-100.
- Stern D.N, Bruschiweiler-Stern N. (1999): *Nascita di una madre*. Trad. it. Milano: Mondadori, 2018.
- Terlizzi T. (2008): Memorie della nascita. *RIEF-Rivista Italiana di Educazione Familiare*, n. 1, pp. 120-126.
- Wood D., Bruner J. S., Ross G. (1976): The Role of Tutoring in Problem-solving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, n. 17, pp. 89-100.

### *Riferimenti normativi*

- Convenzione dell'Aja (1993), ratificata con L. 31 dicembre 1998, n. 476 – Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per gli Affari Sociali – *Circolare 30 ottobre 2000, n. DAS/715/UC/710 Convenzione dell'Aja sulla protezione dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, ratificata in Italia con legge 31 dicembre 1998, n. 476 (31-10-2000 GU Serie Generale n. 255)*.
- Decreto del Presidente della Repubblica – 3 Novembre 2000 n. 396, *Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'Articolo 2, Comma 12, della Legge 15 maggio 1997, n. 127 (dichiarazione di nascita)*.
- Legge 4 maggio 1983, n. 184 – *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori*.
- Legge 27 maggio 1991, n. 176 – *Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989 (GU Serie Generale n.135 del 11-06-1991 - Suppl. Ordinario n. 35)*.
- Legge 28 marzo 2001 n. 149 – *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori"*.
- ONU (1989): *Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*, 20 novembre 1989, New York.

