

Buongiorno signora Rossi. Domiciliarità e personalizzazione degli interventi con le famiglie vulnerabili

Paola Milani¹

*Si Chiama E. Bauer. È di Bolzano. Ha 32 anni.
Non ha mai avuto un disabile in classe
ed è visibilmente agitata quando la incontriamo per la prima volta.
Ha preferito venirci a trovare lei.
(...)*

*Le sono così grato che sia venuta a trovarci...
Era mio dovere
G. Pontiggia, *Nati due volte*, pp. 102-107*

1. Motivazioni e finalità

Con questo breve aneddoto riportato nel suo *Nati due volte*, Giuseppe Pontiggia ci rende partecipi dello stupore che può provare un genitore nel trovarsi dinanzi, sulla porta di casa e non già su quella della scuola, l'insegnante del proprio figlio disabile. Un'insegnante, poi, che ritiene sia "suo dovere" fare il movimento inverso a quello che fanno normalmente i servizi e/o la scuola: andare verso i genitori piuttosto che lasciare che i genitori vadano a scuola o al servizio.

Come quella dei bambini disabili, anche la realtà dei bambini "vulnerabili" si è talmente trasformata negli ultimi decenni che è naturale che

¹ Professore associato, Dipartimento di Scienze dell'educazione, Università di Padova. Questo articolo nasce da un percorso di riflessione sul tema della domiciliarità in corso di realizzazione con diversi servizi della Regione Veneto, sfociato, fra le altre iniziative, in un convegno realizzato a Bassano del Grappa (VI) il giorno 15 maggio 2009. Negli atti di tale convegno è riportata parte del presente articolo: cfr. P. Milani, *Buongiorno signora Rossi. Domiciliarità e personalizzazione degli interventi*, in O. Mazzocchin (a cura di), 2009, *Dare cittadinanza all'ambiente di origine. Nuove opportunità per i ragazzi e le famiglie in situazioni di difficoltà e fragilità*, Bassano del Grappa, Azienda Ulss 3, Regione Veneto, pp. 73-93.

le pratiche di intervento nei confronti loro e delle famiglie in cui questi bambini vivono, abbiano subito anch'esse importanti trasformazioni.

Terminata ogni forma di istituzionalizzazione verso i minori, stiamo vivendo da alcuni decenni un importante movimento che consiste nell'integrare queste persone nella comunità: ciò significa che esse possano vivere la normale esperienza della famiglia di origine, della scuola, del loro ambiente di vita. L'obiettivo principale di questa fase storica, segnata dal punto di vita legislativo dall'emanazione e della attuazione della l. 149 del 2001 che all'art. 1 recita "Ogni minore ha diritto a crescere nella propria famiglia", è quello di rispettare il diritto fondamentale dei bambini a mantenere i loro legami familiari e comunitari.

La stragrande maggioranza di bambini in difficoltà cresce oggi nelle proprie famiglie: dovrebbe dunque essere evidente che si ponga il problema di servizi domiciliari di sostegno a queste famiglie.

Purtroppo non è così: vi è ancora una crescita limitata dei servizi di sostegno alla genitorialità, servizi di informazione, formazione, consulenza, supporto, sollievo finalizzati alla migliore gestione possibile del bambino a casa e al ben-essere complessivo della famiglia, che, invece, nella maggior parte dei casi, si trova ancora ad affrontare prove difficili senza essere preparata a questo e senza avere gli strumenti necessari per superarle.

L'intervento educativo in ambiente familiare si iscrive in una nuova forma di aiuto al bambino in difficoltà che dovrebbe mirare a garantire un certo benessere al bambino, alla sua famiglia e una certa uguaglianza di opportunità a bambini che nascono in contesti in cui sono presenti tante e diverse difficoltà.

La ricerca internazionale è abbastanza univoca nell'affermare che, oggi, anziché orientarsi verso la "protezione del minore", sembra prioritario centrare l'intervento sulla "protezione della famiglia" nel suo insieme, evitando di allontanare da essa il bambino e cercando il modo per aiutare i genitori a prendersi adeguatamente cura dei propri figli.

Le esperienze di interventi educativi in casa, introdotte soprattutto in altri contesti culturali, hanno permesso di rivedere la nostra concezione dell'intervento professionale, di sperimentare nuove modalità d'agire professionale il cui registro è diverso dal modo abituale di intervenire con i genitori di bambini vulnerabili in quanto richiede di privilegiare una ricerca di appropriatezza rispetto alla realtà della singola famiglia. La casa non è il terreno dei professionisti, ma quello dei genitori: l'operatore è costretto a interrogarsi sul suo atteggiamento e la sua apertura ai genitori e alla famiglia intesi come prima rete di servizi offerti al bambino. Occorre dunque che l'operatore riconsideri la maniera di lavorare

con i genitori, di mettersi in ascolto dei loro bisogni, di riconoscere le loro risorse e di accettare che siano loro gli operatori più importanti per i loro figli.

I principi pedagogici che ispirano l'intervento educativo domiciliare ruotano attorno a un'idea la cui forza si manifesta oggi in maniera crescente: l'idea di ben-trattamento verso le famiglie (Sellenet, 2007; Pourtois e Desmet, 2005) che supera quella oramai riduttiva di tutela del minore e di prevenzione del maltrattamento infantile. Tale idea si declina come segue:

- le famiglie, qualunque sia la loro forma o le loro condizioni, sono le prime istanze di protezione del bambino;
- in generale, i bambini hanno maggiori probabilità di essere ben-trattati dai loro genitori quando i loro genitori sono stati ben trattati e lo sono essi stessi dai differenti attori sociali coinvolti nella costruzione e nell'accompagnamento della loro genitorialità (a livello di preparazione sia dell'esercizio e della pratica di quest'ultima);
- i genitori più rispettati, più riconosciuti e più sostenuti nelle loro competenze e responsabilità potranno essere genitori più rispettosi e più protettivi nei confronti dei loro figli;
- i loro figli si formeranno delle immagini e dei riferimenti parentali che li aiuteranno a loro volta ad essere più rispettosi e più protettivi nei confronti dei loro figli.

L'obiettivo è ritessere i legami sociali e la prossimità fra attori sociali, costruire nuove forme di sostegno attivo e di accompagnamento nel quotidiano per e con le famiglie -e dunque dei bambini- certo in difficoltà, ma potenzialmente in ricerca dei mezzi per uscire dal loro isolamento, dalle loro difficoltà, dalle minacce di alienazione di qualunque natura.

Tale prospettiva si inserisce evidentemente nella ecologia di Bronfenbrenner: si tratta di assumere un approccio in cui il ben-essere dei bambini non è da considerarsi disgiunto da quello delle loro famiglie, assumendo la famiglia nel suo insieme e non il solo bambino come centro di attenzione: è quello che gli studiosi anglofoni hanno concettualizzato attraverso la locuzione "a family focus in child welfare": "la salute dei bambini e il supporto ai genitori sono due facce della stessa medaglia, in quanto è rafforzando le famiglie che, quasi sempre, si può promuovere ben-essere per i bambini" (Milani, 2001).

Sostiene Dunst: «considerando la famiglia, e non il bambino, come centro dell'intervento, si riconosce che il sistema familiare è

influenzato dall'interdipendenza dei suoi membri e che attraverso il rafforzamento e il sostegno dell'intera famiglia e non solo del bambino, aumentano notevolmente le possibilità di apportare significativi cambiamenti per tutti i membri che compongono il nucleo familiare» (Dunst, 1988, p. 6).

Ciò significa che anche in una situazione forte di sofferenza, genitori e figli restano sempre gli attori e gli autori principali del progetto educativo, che il genitore può essere protagonista dell'intervento e dell'educazione dei propri figli; può avere il proprio posto al centro del progetto stesso, se l'operatore non si presenta come la sola persona depositaria del sapere, ma capace di considerare la famiglia, anche la più vulnerabile, come detentrica di almeno alcuni saperi e competenze che possono essere utilizzate per portare al successo progetti che mirano ad aumentare il grado di benessere e le pratiche di ben-trattamento delle famiglie stesse.

2. *L'idea di domiciliarità*

Per raggiungere tali obiettivi, il primo passo che possiamo compiere riguarda la ri-significazione del concetto di domiciliarità per capire cosa esso è stato in passato, cosa esso è oggi e cosa può diventare per noi.

2.1. Cosa è stata in passato

Nella prassi dei servizi, il concetto di domiciliarità è venuto quasi sempre a coincidere con la pratiche delle visite domiciliari, diffuse, in passato, soprattutto in ambito sanitario grazie alla figura del medico "condotto" e/o dell'ostetrica che si recavano al domicilio dei loro pazienti in qualunque ora del giorno e della notte, in qualunque giorno feriale o festivo, per visitarli, curarli, trasportarli all'ospedale qualora ciò fosse necessario e/o possibile. In seguito la domiciliarità è divenuta una pratica del servizio sociale, nata negli Stati Uniti (*case work*) quando le visite domiciliari sono state intese anche come metodo per aiutare le famiglie con bambini con bisogni particolari. Questa pratica, in alcuni paesi occidentali e soprattutto nel Nord America, ha una lunga tradizione tanto che, oggi, la dizione "visita a domicilio" (*home visiting*) è utilizzata per descrivere i servizi svolti all'interno dell'abitazione sia alla singola persona sia a tutta la famiglia.

L'analisi della letteratura² ci permette di indicare tre postulati che sono stati, storicamente, e sono ancora oggi alla base dell'intervento sotto forma di visite a domicilio per prevenire problemi di salute, di sviluppo e di adattamento dei bambini:

- il primo è che i genitori sono le persone più significative nella vita del bambino e che è a casa, dunque nel suo mondo, che è più pertinente raggiungerli;
- il secondo è che essere “buoni genitori” non è né naturale, né facile. I genitori possono apprendere se si dà loro sostegno, conoscenza e se si permette loro di attingere dall'esperienza di altri;
- il terzo è che, affinché i genitori possano rispondere in modo efficace e positivo ai bisogni dei loro bambini, è necessario che i loro bisogni di persone adulte e di genitori siano soddisfatti grazie all'intervento dei professionisti.

Wasik, Bryant e Lyons (1990) hanno descritto la storia delle visite a domicilio in Europa e negli USA e dimostrano che le visite a domicilio, come metodo d'intervento per aiutare le famiglie con bambini con bisogni speciali, hanno una lunga tradizione sia nell'ambito sanitario (Buhler e Wilkerson, 1985), che in quello educativo (Levine e Levine 1970) che in quello sociale.

A inizio del secolo scorso, prendersi cura delle famiglie in situazione di particolare bisogno, era un compito che spettava ai vicini, alla famiglia allargata, qualche volta alla comunità ecclesiale. Poco alla volta gli avvenimenti sociali, economici e politici hanno modificato il sistema complessivo di *welfare* e gli stessi servizi a domicilio verso le famiglie rendendo questo un compito professionale dei servizi pubblici. Una pratica inizialmente volontaristica ha iniziato, cioè, ad essere sostituita e/o affiancata dall'intervento dei professionisti.

Oggi assistiamo al movimento contrario: i professionisti stanno in gran parte abbandonando questa pratica in ambito sanitario, mentre i medici, le ostetriche, i pediatri hanno lentamente abbandonato questa prassi in favore delle visite ambulatoriali o dei ricoveri ospedalieri, rendendola a tutt'oggi del tutto marginale, gli infermieri, soprattutto nell'ambito dell'igiene pubblica, utilizzano le visite a domicilio in manie-

² Per la ricostruzione di questi aspetti si è fatto particolare riferimento al seguente testo: E. Palacio-Quintin, C. Toussignant e G. Regnière 1995.

ra sistematica sia nell'ambito della più generica Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), sia in un ambito più specifico qual è quello del lavoro con le neo-mamme. Queste visite permettono di apportare loro sostegno e informazione, ma hanno poco impatto sui problemi relativi alla relazione genitore-bambino, ossia sull'imparare a essere mamma e papà in una prospettiva educativa.

Secondo Bourassa, Couture, Cyr e Malenfant (1986), i professionisti della salute sono poco preparati ad affrontare gli aspetti psicosociali della salute e ancora meno a intervenire in questo ambito. Così, molte infermiere, ostetriche, assistenti sanitarie si sentono inadeguate di fronte a genitori che hanno altri bisogni oltre l'informazione o dei consigli sulla salute dei bambini.

In questo ambito, quindi, le visite hanno subito delle modificazioni importanti nel corso degli anni. Oggi, ad esempio, si è molto sensibili sull'importanza di intervenire rapidamente nel periodo perinatale al fine di raggiungere le madri già nella gravidanza e anche il più precocemente possibile. Questo tipo di visita dovrebbe permettere un *dépistage* precoce rispetto alla questione delle famiglie in difficoltà.

Esistono infatti molti programmi di intervento rivolti alle famiglie che cominciano proprio con l'inizio della gravidanza. Sono programmi che mirano a prevenire problemi di salute della madre e del bambino di ambiente sfavorito attraverso visite domiciliari effettuate da infermiere diplomate. Il Prenatal-Early Infancy Project, per esempio, ha cercato di raggiungere madri adolescenti, nubili, o di ceto sfavorito nel corso della loro prima gravidanza. Secondo Olds, Henderson, Tatelbaum, e Chamberlin (1986), questo programma ha dimostrato dei risultati positivi sia sulla salute del bambino che sui comportamenti della madre.

Anche in Italia, la visita domiciliare *post partum* è stata re-introdotta in diversi territori e generalmente con buoni risultati, soprattutto in termini di soddisfazione percepita del servizio da parte dei neo-genitori

Anche nel servizio sociale le visite a domicilio fanno parte della tradizione. Il programma Good Start, per esempio, ha lo scopo di fornire un intervento precoce alle famiglie che presentano dei rischi di maltrattamento per i bambini. Si indirizza ai neonati e alle loro madri che sono identificate come a rischio secondo criteri prestabiliti (Ayoub et Jacewitz, 1983). Ma, in questo caso il servizio è realizzato a domicilio da parte di assistenti sociali.

In ambito educativo, negli Stati Uniti, a partire dagli anni '60, si è sviluppato un interesse nazionale verso l'aiuto ai bambini provenienti da ambienti sfavoriti che presentano rischi per lo sviluppo. In questo

ambito, il programma Head Start è stato un pioniere, in quanto centrato sulla prevenzione, con la finalità principale di assicurare lo sviluppo intellettuale, sociale ed emotivo dei bambini partecipanti e offre ai genitori informazione, servizi e risorse ai quali non avevano accesso.

Head Start è dunque un progetto educativo rivolto direttamente al benessere dei bambini, ma che prevede ampio coinvolgimento dei genitori.

Con lo scopo di assicurare una continuità tra le attività educative nei centri Head Start e l'ambiente familiare, l'opzione Home Start, che comprende delle visite a domicilio, è stata realizzata a partire dal 1972. Obiettivo era offrire servizi ai genitori nel loro ambiente familiare e permettere loro di imparare a rispondere ai bisogni dei bambini nel loro ambiente più prossimo. I genitori imparano le cure da dare ai bambini e le attività da fare con loro per stimolare il loro sviluppo. Questo programma permette di raggiungere famiglie sovente poco accessibili, cioè famiglie sfavorite socialmente e culturalmente e che non utilizzano i servizi educativi, quali ad esempio i nidi o altri servizi per l'infanzia.

A partire da Head Start, molti programmi di stimolazione precoce sono stati intrapresi per andare in aiuto ai bambini a rischio e soprattutto a quelli provenienti da ambienti sfavoriti.

Degli studi che valutano l'esito di questi programmi mostrano dei risultati ambivalenti: dal positivo rispetto allo sviluppo cognitivo e sociale dei bambini a senza effetto sul bambino e sul genitore. I ricercatori sono comunque concordi nel constatare che, malgrado gli sforzi degli operatori e la qualità dei programmi di intervento, i risultati verso i bambini sono sconcertanti quando c'è poco o nullo coinvolgimento parentale nel processo (Tingey, Boyd e Casto, 1987).

Il coinvolgimento dei genitori nel percorso sembra dunque essenziale, in quanto la ricerca dimostra che queste visite educative a domicilio effettuate regolarmente, per esempio, tutte le settimane, sono in rapporto significativo con lo sviluppo cognitivo del bambino.

2.2. Cosa è oggi

I molti cambiamenti sociali e l'aumento di alcuni problemi legati a questi stessi cambiamenti hanno portato a una recente ripresa e alla conseguente evoluzione di questa pratica di intervento. L'aspetto principale di questa evoluzione è che alcuni autori cominciano a mettere a fuoco l'importanza dell'utilizzo di risorse non professionali per realizzare le visite domiciliari, al posto di o a completamento dell'azione dei professionisti.

Sembrano essere principalmente quattro i più importanti cambiamenti nella nostra società che hanno influenzato i cambiamenti nella pratica dell'intervento a domicilio:

1. le trasformazioni nella composizione delle famiglie e nella vita familiare: in molti paesi occidentali si assiste a un alto tasso di divorzi, un grande numero di madri adolescenti e di famiglie monoparentali o con problemi di varia natura ed entità. Questi fenomeni producono come risultato un numero sempre maggiore di donne e bambini che vivono in condizioni di povertà, a cui si associano numerosi problemi: nascite premature, abuso e negligenza a riguardo dei bambini, abuso di droghe, insuccesso scolastico ecc.
2. L'avanzamento delle conoscenze sui fattori di rischio che possono comportare difficoltà nel corso della prima infanzia e le conseguenze sul lungo termine. Le conoscenze acquisite nel corso degli ultimi anni hanno permesso di conoscere quali variabili biologiche, psicologiche e sociali possono influenzare negativamente lo sviluppo del bambino. La risultante di ciò è una accresciuta sensibilità rispetto alla prevenzione dell'insorgere dei fattori di rischio e delle difficoltà che ne seguono.
3. La presa di coscienza da parte dei professionisti del bisogno di utilizzare un approccio interdisciplinare rispetto alla clientela con problemi psicosociali multipli. I programmi dei servizi si moltiplicano al fine di assicurare un coordinamento tra gli operatori di diversa formazione e la multidisciplinarietà viene considerata come essenziale per un intervento efficace. Quindi ad esempio i pediatri diventano sensibili all'impatto che il sostegno familiare e i fenomeni psicosociali hanno sulla salute dei bambini, gli operatori sociali sono sensibili alle conseguenze che una mancanza di stimolazione possono indurre sull'adattamento del bambino ecc.
4. La constatazione dei limiti del ruolo professionale tradizionale per venire in aiuto a certi tipi di famiglie e intervenire nei problemi sociali soprattutto per ciò che riguarda le famiglie che presentano indici di negligenza verso i bambini. Questa constatazione ha portato allo sviluppo di nuove strategie di intervento che utilizzano l'aiuto naturale come agente di cambiamento. Questa forma di intervento si ispira al modello ecologico, che è un modello che ha ispirato molti lavori sull'abuso e la negligenza verso i bambini (Bronfenbrenner, 1986).

Kempe (1976), che è stato il primo a studiare l'abuso sui bambini, raccomandava già nel 1976, il coinvolgimento dei non professionisti re-

munerati per la prevenzione dei maltrattamenti. Riteneva che un servizio di visite domiciliari doveva essere universale e gratuito, un vero servizio pubblico. Nel Nord-America dunque è soprattutto nell'ambito del maltrattamento infantile che si è sviluppata questa forma di intervento a causa dell'aumento dei problemi psicosociali che ha condotto a un sovraccarico dei servizi e al conseguente bisogno di condurre delle azioni preventive. Ciò ha portato a realizzare, a partire dal Québec e poi in area francofona, servizi tipo "mères visiteuses" che sono una forma particolare e innovativa di intervento domiciliare.

A partire dagli anni '80, Home Start dà luogo a una riflessione sul ruolo dei non professionisti per apportare aiuto e sostegno sia nell'ambito medico, sia educativo, sia sociale. Diversi autori sottolineano il carattere meno minaccioso che questa forma d'intervento rappresenta per le famiglie, il clima di rispetto e di dignità che accompagna la loro azione così come la loro disponibilità e la loro flessibilità. È così che le visite a domicilio per venire in aiuto a bambini e famiglie in difficoltà psicosociale evolvono nella loro forma passando da visite a domicilio di professionisti a visite di paraprofessionisti.

Il servizio conosciuto con il nome di *mères visiteuses* (o ausiliarie familiari, paraprofessionisti, operatori non professionisti, operatori comunitari, genitori aiutanti, famiglie sostegno) è un nuovo tipo di intervento che certi contesti d'intervento hanno iniziato ad applicare negli ultimi anni, con diverso tipo di famiglie a rischio (Durand *et al.*, 1989; Palacio-Quintin *et al.*, 1995). L'intervento delle *mères visiteuses* si iscrive nel livello psicosociale dei progetti d'intervento per venire in aiuto alla famiglia in situazione di rischio o che ha dei comportamenti negligenti o maltrattanti verso il bambino.

L'intervento mira a condurre il genitore a servirsi delle risorse comunitarie che a lui sono necessarie e che sono disponibili nel suo ambiente. Inoltre, la *mère visiteuse* permette alla madre in difficoltà di vivere una relazione privilegiata con una persona su cui può riporre la propria fiducia.

Nel corso degli anni '90 è soprattutto in America del Nord che sono state sviluppate diverse esperienze con *parents helpers* e/o *mères visiteuses* in programmi di visite a domicilio per prevenire i maltrattamenti verso i bambini e i collocamenti esterni alla famiglia dei bambini.

Mentre nelle esperienze descritte il focus delle visite domiciliari è sul prevenire fattori di rischio, recenti studi, specie sulla resilienza, ci aiutano a inquadrare la questione della domiciliarità rispetto alla costruzione di fattori di protezione per favorire interventi più precoci, associabili,

nelle differenti tappe del ciclo di sviluppo, a una pedagogia della promozione, e non solamente al *dépistage* e al trattamento dell'insuccesso e dei fattori di rischio.

Come abbiamo visto da questo breve e sommario *excursus* storico, siamo passati da un contesto, nel passato più lontano, in cui i servizi non andavano in casa e neppure le famiglie andavano ai servizi perché ancora sostanzialmente non esistevano, dove l'aiuto era solo quello informale della famiglia allargata, dei vicini, della comunità di appartenenza, a una fase del *Welfare State* in cui l'enfasi è stata posta sugli operatori professionali e sull'efficienza delle prestazioni, in cui si è diffusa la pratica della domiciliarità anche nel sociale, nell'infermieristico, nell'educativo, nelle professioni deboli. Questo spesso a scapito dell'aiuto informale. Ora, in un momento storico in cui il *Welfare State* barcolla, le risorse economiche vengono meno, si ritorna all'importanza dell'aiuto informale. A noi pare che la nuova frontiera sia tenere insieme le due cose, unire la professionalità del sistema di aiuto formale alla flessibilità, al rispetto, al calore, alla morbidezza dell'intervento non formale. Le esperienze tipo *mère visiteuses* infatti sono utilizzate in programmi che prevedono diversi livelli di intervento a una stessa famiglia, fra cui anche l'aiuto informale, ma la *mère visiteuse* è inserita in un'équipe di professionisti con cui condivide gli obiettivi e le metodologie di intervento (Palacio e Quintin 2001; Milani 2006).

Una buona via di mezzo sembra essere quella dei cosiddetti "operatori deboli". Gli operatori che, infatti, sono più a contatto con le famiglie vulnerabili non sono gli specialisti che vedono i bambini e i genitori in difficoltà una, due, massimo tre ore alla settimana nei servizi e nei diversi centri (psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, pediatri ecc.), ma gli educatori che spesso a scuola, a casa, nei contesti informali incontrano questi bambini e le famiglie. C'è quindi una pratica dell'intimità, della prossimità e della quotidianità che questi operatori effettivamente vivono sulla loro pelle. Chi più di loro è pronto dunque per varcare la soglia di casa? Chi più di loro conosce questi bambini? Chi più di loro ha una relazione stabile, intima e significativa con questi bambini e con i loro genitori?

Gli educatori sono gli operatori che possono condividere con il genitore quel sapere della vita quotidiana fatto di piccoli gesti, sovente screditati dai professionisti perché umili e, chissà perché, ancora più spesso considerati umilianti, dimenticando che è quella vicinanza, anche fisica, umile, rispettosa e attenta che è ciò che crea la vera relazione, il legame fra le persone.

2.3. Cosa è per noi

Sostiene Bauman che il processo di individualizzazione che caratterizza la nostra modernità liquida fa ritenere ai più che “i problemi vanno affrontati e risolti da soli e non sono cumulabili in una comunità di interessi che cerca soluzioni collettive a problemi individuali” (Bauman, 2001, p. 83). Domiciliarità significa quindi per noi ritrovare un’istanza comunitaria in un problema individuale: possiamo essere-con, non possiamo eliminare il “tuo” problema, possiamo trasformare quel problema “tuo” in un problema “nostro”, possiamo bere un tazza di thé insieme e lasciare uscire il tuo racconto, ascoltarlo, accogliere la trama della tua narrazione, per ritessere dei fili di significato insieme dove i vissuti e i fatti della vita quotidiana possano assumere una luce diversa e calarsi nell’intimo in modo più leggero, più distanziato, meno denso di angoscia.

Secondo Bachelard (1957), la casa è il luogo che ci accoglie non come cosa fra cose, ma come “presenza nel mondo”, egli definisce la casa “notre coin dans le monde”, il nostro angolo, il luogo in cui quando suoni il campanello ti aprono senza chiedere: “Chi è?”.

La casa è sempre stata, anche per gli antichi, luogo sacro delle divinità familiari (i Lari), sentirsi a casa significa abitare l’abituale, il verbo *abitare* ha la stessa radice di *habere*, avere, possedere, la casa è il luogo di cui ci sentiamo in possesso: sappiamo dove mettere le mani anche al buio. La casa è compresa in una prospettiva ecologica come il sistema di relazioni umane dentro la comunità locale. In questo senso, cultura della domiciliarità significa centralità delle relazioni: non è chiusura in se stessi, indifferenza, ritorno al privato, ma apertura agli altri, alle reti informali, ai saperi delle famiglie, alla comunità, alla persona e alla sua storia, al suo mondo vissuto, alle sue relazioni (Iori, 2001).

I verbi della domiciliarità sono: *comunicare, condividere, partecipare, incontrarsi, conoscersi, scambiare, entrare, varcare* ecc. Nel loro insieme richiamano un sapere e una pratica dell’intimità, della prossimità, del restare vicino all’altro; per le famiglie vulnerabili, con un basso grado di autonomia, cultura della domiciliarità significa mantenere occasioni di incontro, di scambio di esperienza, vivere in un contesto in cui chi deve sostenere (i genitori) è sostenuto egli stesso piuttosto che abbandonato.

Cultura della domiciliarità indica anche:

- un movimento: non attendere che vengano, ma andare, è il riunire maschile e femminile, la casa è il femminile, l’interno. Il mondo esterno è il maschile. La domiciliarità è l’esterno che entra nell’interno e

- ricrea la globalità della persona con le sue relazioni: per i servizi sociali significa sperimentare uno stile di accoglienza familiare, non troppo tecnico che va verso i bambini e le loro famiglie e non si chiude nel proprio territorio (il servizio);
- un atteggiamento: lo stare di fronte alla sofferenza, al dolore, all'ineadeguatezza, non allontanarli, ma stare presso attraverso la relazione educativa, ossia quel processo di relazione teso a sollecitare le risorse e le competenze di tutti i soggetti coinvolti, che incontra i genitori nel luogo psichico e fisico in cui si trovano. Significa rispettare e promuovere i legami, permettere in particolare ai bambini di crescere dentro a legami affettivi, solidi e responsabili, significa non acuire sofferenza e solitudine né loro né dei loro genitori, ma sostenere i genitori nel compito educativo, aiutarli a vedere le potenzialità globali del loro figlio aprendo lo sguardo al possibile, sollecitare i genitori a coltivare le loro reti sociali naturali, aiutarli a non autoescludersi dai processi comunitari, aiutarli a far crescere i loro figli insieme ad altri bambini, aiutarli a farli sentire comunque genitori, cittadini, parte viva di una comunità;
 - una pratica che mette al centro i luoghi della vita vs i luoghi dell'istituzione, i luoghi dell'informale rispetto a quelli dell'informale, i luoghi dell'incontro personale vs i luoghi della riunione formale: si promuove l'incontro e l'accompagnamento delle persone nei luoghi della vita quotidiana, ben oltre l'ambulatorio o il servizio. Il servizio cambia il proprio paradigma di intervento: da specialista che eroga prestazioni dall'alto si fa accompagnatore dal basso, che abita i luoghi della vita quotidiana e da lì, con le persone, progetta e realizza il progetto di aiuto in cui l'aiutato occupa una posizione centrale e non marginale rispetto ai processi decisionali.

Con particolare riferimento alle pratiche di educativa domiciliare diffuse nel nostro paese, in cui sono spesso gli educatori che vanno a casa di una famiglia sulla base di un progetto educativo elaborato da parte di un'équipe di un servizio, di solito di tutela e protezione dell'infanzia, che ha l'obiettivo di aiutare il bambino a raggiungere alcuni specifici obiettivi, domiciliarietà significa dunque costruire il progetto educativo con il servizio, ma anche con i genitori del bambino e, se non troppo piccolo, anche con il bambino o il ragazzo stesso. Significa cioè riconoscere che nei progetti di educativa domiciliare è insita una occasione unica: quella di lavorare per il bambino insieme ai suoi genitori, perché l'educatore si trova a casa loro, nel loro campo di gioco: loro sono lì e l'educatore può entrare nel loro terreno. Includerli nell'intervento non

è solo una questione di metodo, ma è già parte dell'intervento perché è un modo di permettere ai genitori di riappropriarsi di alcune competenze parentali, di responsabilizzarsi rispetto al ruolo educativo oltre che di imparare, insieme all'educatore, a fare delle cose specifiche (mettere limiti e regole, preparare il pranzo, affiancare nei compiti di scuola, accompagnare all'attività sportiva ecc.), piuttosto che lasciare all'educatore la responsabilità di svolgere tali azioni al posto del genitore. La casa è un luogo straordinario di osservazione delle abilità del genitore: è solo lì che possiamo osservare e quindi apprendere da ciò che il genitore fa, conoscere le sue pratiche invece che solo il suo discorso, come avviene prevalentemente durante i colloqui nell'ufficio dell'operatore. Sta qui lo specifico dell'educativa domiciliare: non sostituirsi al genitore, ma coinvolgerlo in un percorso di sostegno al figlio in cui egli abbia la possibilità di riappropriarsi del suo ruolo e delle sue competenze educative.

L'intervento di educativa domiciliare non è dunque una panacea da utilizzare sempre e con tutte le famiglie, o almeno con quelle famiglie con cui non si sa cosa altro fare, ma deve rispettare, per essere efficace, molteplici condizioni, fra cui sottolineiamo:

- l'essere inserito in una progettualità globale e mirata di un servizio e di una intera équipe multidisciplinare (e mai del solo educatore) a favore di una famiglia vulnerabile e non solo di un bambino in difficoltà;
- essere utilizzato soprattutto con famiglie che presentano problematiche prevalenti dal punto di vista educativo e sociale;
- fondarsi su una progettualità specifica e un sistema di valutazione definito a priori;
- prevedere il coinvolgimento e la condivisione con i genitori degli obiettivi dell'intervento in tutte le fasi del processo, dal contratto iniziale alla chiusura;
- l'essere fondato sul riconoscimento dei saperi e delle competenze che ogni famiglia possiede e della rete sociale di questa famiglia.

Alcuni operatori in diversi progetti di educativa domiciliare stanno maturando la consapevolezza di non poter assicurare la crescita dei bambini senza l'aiuto dei loro genitori: questo implica che l'operatore non si percepisca più come colui che deve rispondere a tutte le aspettative dei genitori, ma piuttosto come colui che può apprendere dal saper-fare dei genitori, che sostiene il processo di messa in comune delle conoscenze e dei saper-fare di ciascuno in un obiettivo di autoformazione, di autonomia e in una prospettiva di rispetto e valorizzazione delle competenze di ciascuno. E

questo ciò che si intende quando si parla di orizzontalità del sapere: invertendo il flusso di conoscenze, permettiamo ai genitori di essere gli attori più importanti nella gestione delle risorse educative, nell'attualizzazione della loro autonomia e in quella di tutti i membri della famiglia, li aiutiamo a prendere consapevolezza delle loro risorse e di quelle presenti nel loro ambiente di vita favorendo la condivisione dei saperi e dell'aiuto concreto anche fra le famiglie stesse. I progetti di educativa domiciliare, in questa prospettiva, non sono più progetti di un servizio a favore di una famiglia, ma diventano progetti di una famiglia e di un servizio a favore di un bambino/ragazzo e delle sue relazioni; possono quindi essere utilizzati anche come strategie importanti sia in ordine alla prevenzione dei collocamenti esterni dei bambini dalle famiglie di origine, sia in ordine alla questione dell'osservazione e valutazione delle competenze genitoriali e delle risorse delle famiglie, sia in ordine al sostegno della genitorialità vulnerabile.

Bibliografia

- Ayoub C. e Jacewitz J. (1983): Families at risk of poor parenting: A descriptive study of sixty at risk families in a model preventing program. *Child abuse and neglect*, n. 6, pp. 413-422.
- Bachelard G. (1957): *La poétique de l'espace*. Paris: PUF.
- Bauman Z. (2001): *Voglia di comunità*. Bari: Laterza.
- Bouchard J.M. (1999): Famille et savoirs à partager: des intentions à l'action. *Apprentissage et Socialisation*, n. 19, 2, pp. 47-57.
- Bourassa J., Couture L., Cyr L. e Malenfant R. (1986): *L'éclosion du devenir Parent: Eléments Théoriques Suivis d'un Programme Pilote de Formation des Intervenants (es) en Périnatalité auprès des Familles à risque*. Québec Canada: DSC du CHUL.
- Bronfenbrenner U. (1986): *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: Il Mulino.
- Buhler-Wilkerson K. (1985), Public Health Nursing: In *Sickness or in Health?*. *American Journal of Public Health*, n. 75, pp. 1155-1161.
- Dunst C.J. e Trivette C.M. (1988): *Enabling and empowering families. Principle and guidelines for practice*. Cambridge MA: Brookline Books.
- Durand V.M., Crimmins D.B., Caulfield M. e Taylor J. (1989): Reinforce assessment: Using problem behavior to select reinforcers. *Journal of The Association for Persons with Severe Handicaps*, n. 14, pp.113-126.
- Halpern R. (1987): Key social and demographic trends affecting young families: Implications for early childhood care and education. *Young children*, n. 42, pp. 34-40.
- Iori V. (a cura di) (2001): *Famiglia, domiciliarità, relazioni*. Milano: Unicopli (Osservatorio Permanente sulle Famiglie, Comune di Reggio Emilia, "Strumenti" n. 6).

- Iori V. (1996): *Lo spazio vissuto. Luoghi educativi e soggettività*. Firenze: La Nuova Italia.
- Iori V. e Rampazi M. (a cura di) (1998): *Storie di famiglie. Bisogni e risorse nei racconti di vita familiare a Reggio Emilia*. Milano: Guerini (Osservatorio Permanente sulle Famiglie, Comune di Reggio Emilia, "Strumenti" 3).
- Janssen C. (2003): L'intervento educativo domiciliare e il sostegno alla genitorialità. *Animazione Sociale*, n. 4, pp. 83-89.
- Kempe C.H. (1976): Approaches to preventing child abuse. The health visitors concept. *American journal of diseases of children*, n. 130, pp. 941-947.
- La Bottega Del Possibile (1988): *La casa e la persona*. Pinerolo (TO): Edizioni L'Altro Modo.
- La Bottega Del Possibile (1997), *Oltre la famiglia, oltre la casa. Il senso dell'abitare*. Pinerolo (TO): Edizioni L'Altro Modo.
- La Bottega Del Possibile (1999): *Domiciliarità e residenzialità. Complementarità e integrazione a servizio della persona e della famiglia*. Pinerolo (TO): Edizioni L'Altro Modo.
- Levine M. e Levine A. (1970): *A social history of the helping services: Clinic, court, school, and community*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Maurizio R. (a cura di) (1991): *L'educativa domiciliare. Il lavoro con i minori a disagio*, inserto di *Animazione Sociale*, n. 9, pp. 22-53.
- Milani P. (1996), Mamma con noi: un servizio di sostegno alla famiglia nel periodo post-natale. *Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale*, n. 2, pp. 59-78.
- Milani P. A cura di, 2001, *Manuale di educazione familiare: ricerca, intervento, formazione*. Erickson: Trento.
- Milani P. (2006), *L'aiuto informale tra famiglie: ragioni ed esperienze*, in Maurizio R. e Belletti F. (a cura di), *La prossimità tra famiglie*. Padova: Fondazione Zancan, pp. 30-59.
- Milani P. (2007), Tutela del minore e genitorialità: primi appunti per una pedagogia dei genitori. *Minorigiustizia*, n. 3, pp. 27-45.
- Milani P. (a cura di) (2008), *Co-educare i bambini: genitori e insegnanti insieme a scuola*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Olds D.L., Henderson C.R., Chamberlin R. e Tatelbaum R. (1986): Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, n. 78, pp. 65-78.
- Palacio-Quintin E. (2001): Cambiamenti familiari a lungo termine nelle famiglie negligenti in seguito a un intervento ecosistemico, in Milani P. (a cura di), *Manuale di educazione familiare: ricerca, intervento, formazione*. Trento: Erickson, pp. 229-244.
- Palacio-Quintin E., C. Tousignant et G. Regnière (1995), *Transparent*, Rapport de recherche présenté à la Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada. Trois-Rivières, GREDEF, Projet n. 4887-05-92-002.
- Palacio-Quintin E., Couture G., Paquet J. et al. (1995), *Projet d'intervention auprès des familles négligentes présentant ou non des comportements violents*, Rapport de recherche présenté à la Division de la prévention de la violence

- familiare, Santé Canada, GREDEF, Trois-Rivières, Ca.
- Palacio-Quintin E., Ethier L.S., Jourdan-Ionescu C. e Lacharité C. (1994): L'intervention auprès de familles négligentes, in J.P. Pourtois et H Desmet (a cura di), *Blessure d'enfant*. Bruxelles: De Boeck, pp. 173-212.
- Pontiggia G. (2000), *Nati due volte*. Milano: Mondadori.
- Desmet H. e Pourtois J.P. (a cura di) (2005): *Culture et bienveillance*, Bruxelles: De Boeck.
- Sellenet C. (2007), *La parentalité décryptée. Pertinence et dérive d'un concept*. Paris: L'Harmattan.
- Selvini M. e Gabrielli G. (1997), Interventi educativi a domicilio: quali strategie per aiutare il minore?. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 2, pp. 10-13.
- Tingey C., Boyd R.D. e Casto G. (1987), Parental involvement in early intervention: Becoming a parent-plus. *Early Child Development and Care*, n. 27, 1, pp. 91-105.
- Wasik B.H., Bryant D.M. e Lyons C.M. (1990): *Home Visiting. Procedures for helping families*. London: Sage Publication.