

GENITORI ADOLESCENTI

*progetto di integrazione, sviluppo e sostegno a favore degli adolescenti che vivono
l'esperienza della genitorialità delle loro famiglie di origine"*

*Realizzato con fondi ex L. 285/97 - V Piano Infanzia e Adolescenza – Città di
Milano*

La maturità sessuale oggi si acquisisce molto prima della maturità psico-sociale. Accade così che molti teenagers, considerati per molti aspetti ancora dei bambini, abbiano una vita sessuale attiva ben prima di aver raggiunto la maturità che consente di poter lasciare la famiglia d'origine e costruirsi una vita propria. Oggi l'età media del primo rapporto sessuale è intorno ai 15-16 anni: un'età in cui gli aspetti cognitivi, emotivi e sociali non sono ancora adeguati per affrontare in modo consapevole i rischi legati alla sessualità, sia per quanto riguarda le malattie sessualmente trasmesse, sia per quanto riguarda le gravidanze indesiderate.

Questo non è certamente dovuto ad una mancanza di informazioni, che ormai i ragazzi possono ottenere sin da bambini attraverso i media, ma anche attraverso relativi programmi didattici promossi dalla scuola.

Le gravidanze precoci riguardano in maggior misura (anche se non solo) i giovani appartenenti a classi sociali svantaggiate e a gruppi familiari con problemi disfunzionali, e le ragazze straniere di seconda generazione.

Ad esempio, non di rado le ragazze che rimangono incinta giovanissime sono a loro volta figlie di madri rimaste incinte in età precoce.(Charbonneau et coll., 1989, in Cardinal Remete, 1999 ; Morazin, 1991).

Una gravidanza in adolescenza non è in genere voluta e programmata e per questo motivo essa rappresenta un problema a livello personale, familiare e sociale.

A livello personale, la giovane mamma in attesa può vivere questo periodo come fortemente traumatico, per tutta una serie di fattori, che vanno dai problemi strettamente fisici (malesseri, nausea, mutamenti dell'aspetto fisico) ai problemi familiari (dirlo ai genitori, immaginare la loro reazione), sociali (abbandono della scuola, isolamento sociale, ecc.), medici (visite, esami, terapie).

La ragazza potrebbe oltre tutto voler negare a sé stessa la possibilità di essere rimasta incinta minimizzando i sintomi, per non dover affrontarne le conseguenze. Del resto non è facile, per una giovane adolescente incinta, rendere esplicita questa sua condizione: vi è infatti il timore della reazione dei genitori, quella del padre del bambino e della sua famiglia, la necessità di sottoporsi a visita ginecologica, di doverne parlare ai compagni, agli insegnanti ecc. Di colpo la futura mamma si sente proiettata nel mondo degli adulti e ad affrontare problemi che fino a quel momento non l'hanno mai riguardata direttamente. Per questo, oltre ai vari timori, potrebbe provare anche sensazioni di rabbia, ansia, vergogna, o colpa.

Infatti, sebbene le abitudini familiari siano molto cambiate negli ultimi anni, non sempre le adolescenti si sentono aiutate ad affrontare questo problema dalla propria famiglia. Le scelte da compiere sono importanti e vanno oltre tutto prese in gran fretta: non sempre è possibile negoziare delle decisioni adeguate tra famiglie che sanno ancora poco l'una dell'altra, con visioni della vita e del futuro dei propri figli che possono essere anche fortemente discordanti. Le madri adolescenti incontrano generalmente problemi di isolamento sociale, interruzione degli studi, stress e depressione. Sebbene molte ragazze possano beneficiare del sostegno dei genitori e delle persone vicine, il quadro per quanto riguarda la futura realizzazione personale non è mai privo di difficoltà e non lo è neanche per il nascituro .

L'adolescente, che si trova ad affrontare l'esperienza di una gravidanza, spesso parte già da una situazione a rischio. Numerosi studi sottolineano che la giovane madre ha spesso alle spalle conflitti familiari, condizioni economiche svantaggiate, bassa autostima, insuccessi scolastici, sfiducia nel futuro e carenza affettiva che la portano a cercare, nel rapporto con l'altro sesso, una possibilità di colmare i vuoti dati dalle situazioni avverse (Oldenhinkel *et al.*, 2011; Jenkins *et al.*, 2005; Klein *et al.*, 2005; Hurlbut *et al.*, 1997). A conferma di ciò, inoltre, sono stati identificati alcuni fattori di rischio che possono comportare una gravidanza in adolescenza (Inamura, 2007):

1) *insuccesso scolastico*: gli studenti, che hanno bassi livelli di istruzione e che presentano un basso profitto e gli adolescenti, che hanno abbandonato la scuola, hanno una probabilità 5 volte maggiore di incorrere in una gravidanza nel periodo delle superiori;

2) *problemi comportamentali*: gli adolescenti, che hanno problemi di comportamento a scuola, che fumano, bevono o fanno uso di sostanze stupefacenti, e che si dedicano ad attività delinquenti, hanno un'alta probabilità di diventare genitori in giovane età;

3) *famiglia disfunzionale*: gli adolescenti provenienti da famiglie poco supportive, con genitori poco presenti e che non comunicano con i loro figli, con figure genitoriali che non forniscono stabili valori e obiettivi per il futuro e che non riescono ad aiutare i propri figli a discernere quali siano gli aspetti importanti rispetto a ciò che viene proposto dai media e dalle influenze dei pari, hanno maggior probabilità di diventare genitori in giovane età.

4) *povertà*: mentre l'85% di tutte le nascite da madre adolescente sono caratterizzate da situazioni di povertà.

Il binomio madre-adolescente rappresenta, quindi, la duplice condizione essere madre, spesso in situazione di grave svantaggio socio-economico, e adolescente, con le tipiche problematiche di questa fase evolutiva, allo stesso tempo. Tale condizione è stata descritta con il concetto di *Asincronia Evolutiva* (Bohr *et al.*, 2012). Con questo termine, s'intende l'interferire dell'esperienza della gravidanza, collocata in epoca adolescenziale, con l'elaborazione delle problematiche tipiche dell'adolescenza. La responsabilità di una nuova nascita può essere maggiormente problematica, in questa fase della vita, proprio perché l'adolescente non ha raggiunto ancora la maturità psicologica, non ha terminato il suo processo di separazione-individuazione dalla famiglia e non ha risolto i propri conflitti infantili. Come si evince dalla letteratura, il narcisismo e l'egocentrismo tipici dell'adolescenza possono interferire con il naturale sviluppo dell'empatia e della mutualità delle madri adolescenti nel loro ruolo genitoriale con i loro bambini (Sadler & Catrone, 1983); le risorse e le percezioni genitoriali giocano un ruolo importante nella transizione all'età adulta delle madri adolescenti (Mylod, Whitman & Borkowski, 1997) e la positiva risoluzione dei compiti di sviluppo comporta una diminuzione di potenziali comportamenti trascuranti e/o maltrattanti da parte delle madri adolescenti multi-svantaggiate sui loro bambini (Dhayanandhan, Bohr & Connolly, 2010).

I figli di madri adolescenti sono infatti soggetti considerati statisticamente più 'a rischio' di quelli avuti dopo i venti anni di età della madre. Il rischio cui possono essere esposti i figli di mamme molto giovani sono quelli del maltrattamento, della violenza, dell'abuso e dell'abbandono. Essi stessi, una volta cresciuti, hanno maggiori possibilità di assumere atteggiamenti devianti, con ripercussioni che a questo punto non riguardano più solo la famiglia dove è avvenuta questa gravidanza precoce, ma la società intera.

Per quanto riguarda la paternità precoce non abbiamo molti dati in letteratura, ma secondo alcuni autori Rosiers-Lampe e Frappier (1981) l'adolescente investito del nuovo ruolo di padre in genere non si coinvolge troppo nel rapporto e lascia la madre del bambino o durante la gravidanza o nei due anni successivi alla nascita (Loignon, 1996). In alcuni casi tuttavia può accadere che il giovane papà prenda molto seriamente il ruolo di cui è stato investito e voglia assumersi delle responsabilità. Questo coinvolgimento del papà non sempre è desiderato dalla madre del bambino o dalla sua famiglia, che accettano il figlio, ma non il relativo padre, specie quando la gravidanza è dovuta ad un rapporto occasionale o ad una relazione che si è ormai conclusa dal punto di vista affettivo.

Il sostegno alla genitorialità difficile - sia dei genitori adolescenti, che delle famiglie che hanno figli adolescenti che vivono l'esperienza della maternità e della paternità - si può considerare una delle forme più mirate ed efficaci per intervenire in un'ottica di prevenzione specifica sul fallimento evolutivo dei minori, nella prospettiva di ridurre il ricorso alle forme più onerose di riparazione e di recupero quali gli inserimenti nelle comunità residenziali.

ANALISI DEL BISOGNO

Alcune ricerche dimostrano che le madri adolescenti, in particolare se appartengono a contesti socio-culturali svantaggiati risultano, nelle interazioni con i loro bambini, meno responsive e sensibili, meno attente ai bisogni dei loro piccoli, e tendono a utilizzare stili educativi autoritari o negligenti, esponendoli a maggior rischio di maltrattamento (Evans et al., 2005). La capacità di un genitore di prendersi cura in maniera adeguata del proprio bambino dipende, oltre che dal modo in cui egli ha rielaborato le proprie personali esperienze di attaccamento infantili, anche da alcune caratteristiche del bambino, dalla personalità del genitore stesso, dalle risorse dell'ambiente e dalla capacità del nucleo familiare di utilizzarle in modo efficace (Lvons-Ruth, Zeanali, 1993). Alcuni autori (Di Blasio, 2005; Cassibba, van Ijzendoorn, 2005) infatti hanno posto l'accento su quelle caratteristiche che pongono a rischio la capacità genitoriale quali: avere un bambino con un temperamento particolarmente irritabile o che necessita di cure particolari per via di una patologia organica, la malattia psichiatrica del genitore, il maltrattamento e l'abuso intrafamiliare, l'isolamento sociale e la mancanza di risorse culturali ed economiche e **l'età estremamente giovane dei genitori.**

La richiesta da parte dei servizi di tutela minori si è andata modificando in questi ultimi anni. Da un lato la minore disponibilità di risorse, dall'altro un cambiamento nei bisogni espressi dai minori e dalle loro famiglie, ha fatto sì che si rendesse necessario una versatilità da parte dei servizi del privato sociale che integrasse “leggerezza”, capacità di agire su più fronti e efficacia.

In particolare, per quanto riguarda gli adolescenti che vivono l'esperienza di una gravidanza e di una maternità abbiamo verificato quanto sia importante “salvare” e tutelare il loro contesto di origine e di appartenenza, anche laddove questo è fragile, piuttosto che operare scelte di separazione e allontanamento.

Il sostegno alla genitorialità difficile si può considerare, quindi, una delle forme più mirate ed efficaci per intervenire in un'ottica di prevenzione specifica sul fallimento evolutivo dei minori nella prospettiva di ridurre il ricorso alle forme più onerose di riparazione e di recupero quali gli inserimenti nelle comunità residenziali.

DEFINIZIONE DEI PROBLEMI LOCALI

Dall'analisi del territorio in cui operiamo (in particolare le zone 4, 5 e 6 del Comune di Milano) e dai dati che ci sono stati forniti *dall'UFFICIO SOSTEGNO EDUCATIVO del SETTORE POLITICHE DELLA FAMIGLIA del Comune di Milano*, risulta che i minori vittime di trascuratezza e maltrattamento inseriti in Comunità protette sono 143 per la zona 4, 90 per la zona 5 e 124 per la zona 6. In particolare, rispetto alla fascia 0-3 anni, i minori inseriti in struttura sono 21 per la zona 4, 16 per la zona 5 e 27 per la zona 6. Dalla lettura dei dati – così come dalla nostra esperienza di questi anni nel trattamento della maternità a rischio e nel lavoro educativo dell'Asilo nido – emerge con forza che gli inserimenti in struttura sono spesso il risultato di situazioni che si sono nel tempo esasperate e “cronicizzate”; situazioni che, se prese in carico precocemente, potevano essere trattate in modo efficace per evitare di giungere a scelte “drammatiche”. In particolare, attraverso la collaborazione attiva con i servizi di tutela minori e di sostegno alla maternità e con gli ospedali materno-infantili, quello delle mamme adolescenti sembra un trend in crescita negli ultimi anni (anche a causa del flusso migratorio).

Nel mondo delle mamme teen vi sono poi situazioni particolarmente critiche da considerare. È il caso del gruppo - limitato come numero ma comunque presente - delle ragazzine che diventano mamme prima di aver compiuto i sedici anni e che vivono dunque l'esperienza della maternità in una fase certamente prematura del loro sviluppo, non solo relativamente ai canoni attuali delle società avanzate, ma in senso assoluto. Vi è il caso, poi, di quelle gravidanze precoci che si verificano in contesi di assoluta marginalità e degrado, di violenza domestica o di sfruttamento a fini sessuali.

In queste circostanze, talvolta, è proprio la gravidanza l'elemento rivelatore di situazioni di abuso già in atto da tempo.

È necessario dunque rafforzare la rete di protezione nei confronti delle ragazze che diventano mamme, con interventi specifici di sostegno. Quelle che seguono sono alcune proposte operative:

- **La formazione degli operatori.** Attivare corsi di formazione ad hoc per gli operatori dei servizi che vengono a contatto con le mamme adolescenti, in modo che acquisiscano competenze adeguate a relazionarsi con questo particolare target, tenendo anche conto che il contesto di provenienza delle ragazze può essere multiproblematico e quindi coinvolgere vari aspetti della loro vita.

- **Una figura professionale di riferimento.** Individuare all'interno dei servizi una figura professionale che prenda in carico con continuità la giovane mamma, sappia orientarla nella variegata offerta di servizi e la supporti nella rielaborazione del proprio vissuto, onde evitare che possano riproporsi altre gravidanze non attese con le stesse modalità.
- **Interventi domiciliari (home visiting).** Attivare interventi domiciliari, con un rapporto diretto tra gli operatori e le giovani mamme, per facilitare lo svincolo dalla famiglia di origine, rendere le mamme più autonome nell'accudimento del bambino, aumentare la loro autostima sul fatto di poter fornire adeguate cure parentali, prevenire il riproporsi delle medesime circostanze e infine favorire la nascita, in corso di accompagnamento, di nuove relazioni.

- **Servizi sanitari a misura delle giovani mamme.** Sviluppare ed implementare protocolli medici specifici per la cura e il trattamento delle mamme, in modo da poter meglio affrontare i problemi e i rischi per la gravidanza e il parto direttamente correlati alla giovane età delle gestanti;
- **Sostegno all'autonomia lavorativa e abitativa.** Prevedere percorsi agevolati per le giovani mamme in riferimento all'assegnazione di alloggi (anche attraverso forme di social housing) e procedure semplificate per l'iscrizione e la frequenza a corsi professionalizzanti, che consentano alle giovani mamme di rendersi economicamente indipendenti dalle proprie famiglie di origine.

• **Mamme di origine straniera.** La gravidanza precoce in situazione migratoria assume significati complessi e deve essere presa in carico con modalità attente al versante transculturale. È necessario che gli operatori che si occupano di questa materia abbiano una formazione specifica sui temi fondamentali della clinica transculturale per poter superare i pregiudizi e aprire l'orizzonte verso altre possibili rappresentazioni culturali. In questo modo, l'intervento degli operatori e dei servizi risulta essere più efficace e maggiormente rispondente alle reali esigenze. È necessario anche poter contare sul supporto di mediatrici culturali adeguatamente formate e adoperarsi per far conoscere i diritti e agevolare i percorsi amministrativi per le mamme straniere non in regola con i permessi di soggiorno.

- **Intervento sociale.** Come si è detto, una gravidanza precoce può essere indicativa di una situazione problematica più profonda. È necessario dunque che gli operatori che entrano a contatto con la adolescente prestino la massima attenzione nell'individuare possibili elementi di criticità da approfondire per attivare eventuali interventi di protezione.
- **Prevenzione.** Programmare interventi di prevenzione della maternità precoce con progetti di educazione sessuale e socio-affettiva. Per raggiungere un target diffuso di adolescenti a rischio, risulta importante ideare e realizzare progetti di questo tipo sia nelle scuole sia in luoghi di aggregazione di quartiere, dove è possibile entrare in contatto con quegli adolescenti che hanno abbandonato le strutture scolastiche.

Il progetto qui delineato si propone di tutelare la madre e i genitori adolescenti già a partire dalla gravidanza della madre; si impegna a mettere al servizio dei genitori adolescenti e dei loro bambini una serie di servizi specialistici di assistenza domiciliare, di tipo ostetrico-ginecologico e pediatrico, di auto-aiuto e di riferimento sociale che possono intercettare da subito le fragilità, riconoscere il disagio e la povertà e tutelare così la vita, il benessere e la crescita del giovane nucleo familiare. Si impegna inoltre a mettere a disposizione delle famiglie che hanno un figlio adolescente che vive l'esperienza della genitorialità una serie di servizi di consulenza e di sostegno.

Il progetto *GENITORI ADOLESCENTI* si rivolge a:
Adolescenti che vivono l'esperienza della maternità e della paternità e ai loro
bambini;
Genitori di adolescenti che vivono l'esperienza della maternità e della
paternità.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

- CREARE DI UNA RETE DI PREVENZIONE DEL DISAGIO LEGATO ALLA MATERNITÀ (E ALLA PATERNITÀ) VISSUTA DURANTE L'ADOLESCENZA
- AUMENTARE IN MODO SENSIBILE, NELLE MADRI ADOLESCENTI COINVOLTE NEL PROGETTO, LA CAPACITÀ DI LEGGERE, INTERPRETARE E RISPONDERE IN MODO ADEGUATO AI SEGNALI DEI LORO BAMBINI

Il progetto prevede l'applicazione dell'intervento denominato **VIPP-R (Video feedback intervention to promote positive parenting)** a adolescenti che vivono l'esperienza della maternità e che possono essere valutate come "a rischio" rispetto all'attaccamento e all'accudimento del bambino.

- CREARE DI UNA RETE DI VOLONTARI, INSERITI A VARIO TITOLO NEL PROGETTO, CHE POSSANO COSTITUIRSI, IN FUTURO, COME FAMIGLIE D'APPOGGIO PER GLI ADOLESCENTI E LE LORO FAMIGLIE
- A PARTIRE DAI DATI INSERITI IN ANALISI DEL BISOGNO REALIZZARE UNA INVERSIONE DI TENDENZA DI ALMENO IL 10% DEGLI INSERIMENTI IN STRUTTURA PROTETTA E RESIDENZIALE PREVENENDO COSÌ IL RICORSO A FORME ONEROSE E “DRAMMATICHE” DI PRESA IN CARICO (INSERIMENTO IN COMUNITÀ, ALLONTANAMENTI COATTI)

PERMETTERE AGLI ADOLESCENTI, COMPATIBILMENTE CON I LORO NUOVI IMPEGNI DI GENITORI, DI CONTINUARE A FREQUENTARE I LORO AMICI E DEDICARSI ALLE ATTIVITÀ TIPICHE DELLA LORO ETÀ, PER NON DOVER CRESCERE TROPPO IN FRETTA, A SCAPITO DELLA EFFETTIVA MATURAZIONE PSICOLOGICA SOTTOSTANTE.

DARE AI GIOVANI GENITORI LA POSSIBILITÀ DI ASSUMERSI DELLE RESPONSABILITÀ CRESCENTI NEI CONFRONTI DEL LORO FIGLIO, SIA PER GARANTIRE UNA CRESCITA ADEGUATA AL BAMBINO, SIA PER NON BLOCCARE IL LORO SVILUPPO PSICO-SESSUALE AL PERIODO DELL'ADOLESCENZA, RENDENDOLI COSÌ INCAPACI DI MATURARE E DI REALIZZARSI ANCHE IN ALTRI ASPETTI DELLA VITA.

DURANTE LA GRAVIDANZA

Sostegno alle madri che presentano disagio sociale e psicologico durante la gravidanza

(su segnalazione e presa in carico condivisa con i alcuni presidi ospedalieri)

Ospedale San Paolo

Clinica Mangiagalli

DOPO IL PARTO

Sostegno alle madri che presentano disagio sociale e psicologico durante tutto il primo anno di vita del bambino:

tornano a risiedere nella loro ordinaria abitazione, ma vengono sostenute nella acquisizione delle competenze genitoriali tramite i servizi supportivi (e non sostitutivi) accanto elencati

Supporto formativo alla gestione dei compiti genitoriali tramite gli strumenti attivati presso il centro di counseling materno-infantile

Supporto consulenziale domiciliare alla gestione in situazione delle relazioni

Sostegno/Formazione alle famiglie di origine

Eventuale ricorso con accesso facilitato per periodi brevi agli

appartamenti per l'autonomia

LUOGHI DI SVOLGIMENTO DEL PROGETTO

- ASSOCIAZIONE DONNA E MADRE – CONSULTORIO FAMILIARE “LUISA RIVA”
- OSPEDALE SAN PAOLO – MILANO (AMBULATORIO GIOVANI MAMME)
- CASA CIRCONDARIALE DI SAN VITTORE
- ICAM
- ISTITUTO GAETANA AGNESI, VIA TABACCHI E VIA BAZZI–MILANO (LICEO PSICOPEDAGOGICO)
- ISTITUTO IMMAGINAZIONE E LAVORO, VIA PAOLO BASSI –MILANO (ISTITUTO PROFESSIONALE)
- ISTITUTO KANDINSKI

UTENTI COINVOLTI

	n. totale ottobre 2012- marzo 2013
Bambini/e 0-3 anni	31
Adolescenti 14-18 anni	165
Giovani	19
Genitori	20
Operatori socio sanitari	6
Docenti, Educatori e formatori	8
Totale	249

TIPOLOGIA DI APPARTENENZA

Famiglie monoparentali	50
Minori con genitori detenuti	52
Minori in comunità	7

PROGETTO REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON:

ASL di Milano

Regione Lombardia

Servizio "Madre Segreta" della Provincia di Milano

Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Paolo di Milano –
Ambulatorio “Giovani Mamme”

Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena (presidio
Mangiagalli)

ICAM (Istituto Costodia Attenuata Madri Detenute)

Carcere di San Vittore

Istituto Scientifico di Ricerca “Eugenio Medea” – Associazione La Nostra
Famiglia di Bosisio Parini