

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Magistrale* in Innovazione e servizio sociale



GIOVANI CAREGIVER: QUANDO SONO I FIGLI A
DOVERSI PRENDERE CURA DEI GENITORI.

Relatore: Prof. INES TESTONI

Laureando: CARMEN
D'ALOIA

matricola N. 1238630

A.A. 2022/2023

Introduzione.....	4
1. PATOLOGIE PSICHIATRICHE E GIOVANI CAREGIVER	
1.1. La malattia mentale	7
1.1.1. <i>Classificazione delle psicopatologie</i>	10
1.1.2. <i>Patologia psichiatrica e genitorialità</i>	17
1.1.3. <i>Aspetti epidemiologici</i>	22
1.1.4. <i>Aspetti normativi</i>	27
1.1.5. <i>Stigma e pregiudizi</i>	30
1.2. Servizio sociale e malattie mentali	33
1.2.1. <i>Complessità nella relazione d'aiuto con il minore</i>	36
1.2.2. <i>Servizio sociale e tutela per il minore</i>	41
1.3. Attivazione del servizio sociale.....	46
1.3.1. <i>Su base spontanea</i>	46
1.3.2. <i>Attivazione del servizio da parte di terzi</i>	48
1.4. Ricerche empiriche.....	55
2. PROGETTI DI SOSTEGNO AI FIGLI CAREGIVER	
3.1. OMIP: Istituzione ed evoluzione del servizio.....	59
3.1.1. <i>Attività e prestazioni</i>	62
3.2. Altri progetti	66
3.2.1 <i>Progetti internazionali</i>	74
3.3. Criticità emergenti	75
3. LA RICERCA	
3.1. Domanda di ricerca e obiettivi	76
3.2. Metodologia	77
3.3. Partecipanti	79

3.4. Risultati	83
3.4.1. <i>Prima area tematica: emozioni provate dai giovani caregiver</i>	84
3.4.2. <i>Seconda area tematica: supporto percepito dai giovani caregiver</i>	86
3.4.3. <i>Terza area tematica: aiuti di cui i giovani caregiver hanno bisogno</i> ...	89
3.4.4. <i>Un messaggio di speranza da parte dei giovani caregiver</i>	93
3.5. Discussione	95
CONCLUSIONI	102
BIBLIOGRAFIA	107
RINGRAZIAMENTI	109

INTRODUZIONE

Il presente lavoro di tesi nasce dal forte interesse sviluppato sul mondo dei Caregiver in seguito ad un incontro tenuto presso l'Università di Padova con le ragazze dell'associazione COMIP. Durante l'incontro, è emerso che, innanzitutto, da un punto di vista comunitario e familiare non vi è sempre la giusta sensibilità nel comprendere i bisogni e gli stati d'animo di giovani ragazzi che si ritrovano a ricoprire ruoli troppo prematuri in relazione alla loro età. Lo scopo è quello di non lasciare nell'ombra le loro storie e le loro emozioni. Un secondo aspetto che ha mosso la ricerca è la mancanza di riscontri empirici sul tema a livello nazionale italiano.

Dall'incontro è emerso che, in molti casi, i figli che diventano caregiver dei propri genitori si trovano in fasce d'età considerate più fragili, si tratta prevalentemente dell'adolescenza. Per tutte queste ragioni, il lavoro di tesi è incentrato sul compito di cura dei giovani figli di genitori con disturbi mentali.

L'elaborato, quindi, si propone di analizzare i temi del lavoro di cura in giovane età e il rapporto tra psicopatologia e genitorialità. L'obiettivo del presente lavoro è quello di dare voce ai giovani figli caregiver che molto spesso rimangono nell'ombra. La missione dell'associazione COMIP è anche quella di eliminare lo stigma che ruota intorno ai giovani che si trovano a diventare caregiver dei propri genitori e la poca informazione che ruota intorno a questo argomento. Per fare ciò, è stata condotta una ricerca mediante l'ausilio di interviste dirette ai giovani che si trovano ad affrontare questa tipologia di situazioni.

Nello specifico, il primo capitolo è dedicato, in una prima parte, alle patologie psichiatriche, fornendo una descrizione esaustiva delle principali patologie presenti all'interno del DSM, uno spunto dei disturbi mentali più diffusi nei contesti familiari in cui è il giovane caregiver a farsi carico delle problematiche del genitore. Nella seconda parte del primo capitolo viene invece descritto il ruolo dei caregiver, facendo una distinzione tra caregiver informale e caregiver formale, e nello specifico dei giovani caregiver, con riferimento anche al contesto normativo italiano e all'iter rispetto al riconoscimento della figura del caregiver familiare. Nella parte conclusiva del capitolo vengono descritti i servizi di tutela del minore, in particolar modo le modalità di attivazione degli aiuti e della tutela da parte dei servizi sociali, e le ricerche presenti nella letteratura mondiale rispetto al tema di ricerca.

Il secondo capitolo è incentrato sui progetti attivi in tutto il territorio nazionale per sostenere i giovani caregiver di genitori con disturbi mentali. La prima parte si concentra prettamente sul progetto COMIP, come già annunciato è infatti grazie all'incontro con questa associazione che è nato in me l'interesse di approfondire questo argomento. Successivamente, vengono descritti e raccontati anche diversi altri progetti presenti sul territorio.

Nel terzo e ultimo capitolo viene descritta la ricerca nel dettaglio, ponendo attenzione sulla metodologia utilizzata, il gruppo di partecipanti, i risultati attesi e i risultati ottenuti. Per l'indagine è stata scelta l'intervista strutturata, suddivisa in due sezioni; nella prima verranno indagate le caratteristiche socio-anagrafiche, nello specifico l'anno di nascita, la provenienza geografica, genere, stato civile, titolo di studio, condizione lavorativa; la seconda sarà dedicata al lavoro di cura: bisogni e forze resilienti. L'intervista sarà rivolta a giovani caregiver o a coloro che lo sono stati nel passato, anche per poter individuare

differenze generazionali. L'intervista si conclude con un messaggio di sostegno da parte dei caregiver nei confronti di coloro che si trovano a fronteggiare le medesime situazioni, dare appunto un messaggio di speranza e solidarietà.

CAP. 1: PATOLOGIE PSICHIATRICHE E GIOVANI CAREGIVER

1.1. La malattia mentale

Nel corso del tempo, molti sono stati gli specialisti che hanno tentato di definire lo stato di sanità e di malattia, nello specifico la malattia mentale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (1948) aveva affermato che: "La salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Questa definizione è poi stata arricchita da Seppilli (1966), il quale ha affermato che: "La salute è come una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale". Sheldon J. Korchin nel 1977, in un'ampia trattazione, elenca una serie di caratteristiche proprie del soggetto psicologicamente equilibrato: in questo modo si può parlare di malattia e disturbo psichico. È possibile assumere che un soggetto è psicologicamente sano se ha il senso della propria identità. Inoltre, si presenta come aperto all'ambiente in cui è inserito e disponibile agli scambi con esso, in grado anche di riuscire a valutare ciò che deve accogliere e ciò che deve dare, instaurando con l'ambiente rapporti costruttivi e non distruttivi.

La malattia mentale, fin dalle epoche più remote, è stata oggetto di studio dell'uomo che ha tentato di scoprirne le cause, di classificarla nelle diverse manifestazioni e di curarla attraverso gli strumenti a propria disposizione. La psiche è sempre stata complessa da controllare, questo ha portato a maturare delle convinzioni superstiziose per comprenderne il "funzionamento", terapie basate su false convinzioni e metodi di cura che riflettono, nel corso del tempo, le ideologie dei vari momenti storici. Già nei racconti omerici si ritrovano riferimenti a pozioni e farmaci in grado di agire sulla psiche:

venivano utilizzati il papavero, miele, ginepro, valeriana, biancospino. La medicina documenta anche, nel popolo etrusco, l'impiego della trapanazione del cranio, eseguita con punteruoli ricavati da ossa di animali, per risolvere stati di pazzia o patologie cerebrali gravi. Questo intervento veniva giustificato dalla convinzione che attraverso una piccola apertura della scatola cranica gli spiriti maligni avrebbero trovato una valvola di sfogo, in questo modo il malato sarebbe guarito. Le varie forme di pazzia venivano collegate a forze sovrannaturali e fra le divinità si attribuiva soprattutto a Saturno la causa della loro insorgenza. Tutti questi pregiudizi, fortemente radicati nella mentalità dei popoli antichi, furono superati da Ippocrate, è infatti in questo momento che viene definita la prima classificazione delle malattie mentali "(De Nicolò, 2010).

Nel Medioevo si assiste, per quanto riguarda le malattie mentali, ad un'involuzione del pensiero medico. I disturbi psichici venivano gestiti dai religiosi e considerati strettamente collegati alla religione, per questi motivi i trattamenti erano affidati esclusivamente ai ministri della fede. I rituali religiosi utilizzati erano: il segno della croce, utilizzo di acqua benedetta e l'intercessione sei Santi taumaturghi. (De Nicolò, 2010)¹. Nei casi di pazzia conclamata, veniva effettuato l'esorcismo, idea tanto radicata da rimanere viva anche durante il Seicento.

Successivamente, con il Rinascimento, vennero inquadrato, in un principio di classificazione, alcune malattie mentali. In questa epoca, però, i folli venivano curati ancora attraverso il digiuno e le battiture. Gli alienati venivano relegati in ambienti malsani, affidati loro dalla pubblica amministrazione, soprattutto nelle zone periferiche della città o internati negli ospedali. I primi accenni per un miglioramento delle persone

¹ Per approfondimento si suggerisce il libro "La malattia mentale nella storia" (2010)

che si trovavano in queste condizioni vennero da papa Gregorio XIV, di una bolla che aboliva il rogo, pena con la quale venivano eliminati i soggetti definiti come posseduti dal diavolo. La stregoneria, infatti, era punita come una gravissima colpa ma in realtà si trattava di psicosi tossica, dato che le streghe facevano uso di dosi esagerate di sostanze stupefacenti. È infatti adesso che la stregoneria viene vista non più come possessione demoniaca ma come malattia.

Nel Seicento con l'avanzare del metodo sperimentale si esaurisce anche la speculazione demonoteologica. In questo periodo Thomas Willis rende pubbliche le sue conclusioni sull'attribuzione delle malattie mentali al sistema nervoso, ma sarà nel secolo successivo che matureranno nuovi sistemi di intervento per fronteggiare il male psichico. Vengono ora aggiunti ai precedenti metodi anche le docce e l'uso dell'elettricità. Alla fine del secolo, invece, si facevano strada i primi tentativi per proiettare la follia verso una reintegrazione sociale per decretare la nascita della psichiatria.

Nell'Ottocento si insedia la volontà di considerare la malattia mentale come altre patologie, con la conseguente ricerca di opportune terapie di cura e l'istituzione di apposite unità di ricovero dei pazienti. L'istituzione degli ospedali psichiatrici venne inizialmente istituita principalmente per motivazioni pietistiche, si indirizza poi verso la ricerca di metodi e cure finalizzati a individuare le cause del "male oscuro" e avere terapie capaci di raggiungere la guarigione. Viene anche istituita la cartella clinica per aver noto il profilo dell'alienato. I reclusi avevano tutti la stessa uniforme, molte volte la loro condizione di malato veniva aggravata dalla condizione economico-sociale in cui erano inseriti. Una volta dimessi, venivano accolti dalla famiglia con vergogna, alcuni infatti venivano segregati e/o maltrattati, ricadendo nella depressione. Per riuscire a mantenere un rapporto con la famiglia, Cesare Lombroso, figura determinante della nuova politica

degli ospedali psichiatrici, aveva istituito un bollettino mensile grazie al quale i pazienti potevano dare notizie di sé ai familiari.

Nel XX secolo si passa ad una visione organicistica della malattia mentale, in questa epoca si diffondono le terapie shock, come l'elettroshock, metodo che si rileverà distruttivo. Negli anni Cinquanta vi fu un progresso grazie agli psicofarmaci. Negli anni '70 infine si assiste ad un'aspra critica alle istituzioni manicomiali, accusate di punire, attraverso elettroshock e misure coercitive, persone in precedenza già punite da famiglia e società poiché non adeguate alle regole. Questi concetti ed eventi hanno portato alla concezione che abbiamo oggi della malattia mentale.

1.1.1. Classificazione delle psicopatologie

La figura dell'assistente sociale ha piano piano assunto importanza nel contesto dei disturbi mentali. Agli inizi del '900 l'assistente sociale non faceva parte dell'equipe di professionisti all'interno dei manicomi, nei quali erano presenti solamente: medici, infermieri e personale di sorveglianza. È negli anni '50 che l'assistente sociale fa la sua comparsa e gli viene dato il compito di sorvegliare le persone in condizioni di disagio. Dagli anni '50 ad oggi la figura dell'assistente sociale è riuscita a diventare fondamentale entrando a far parte dell'equipe dei professionisti presenti nel campo dei disturbi mentali. Per tali ragioni è importante che anche l'assistente sociale abbia conoscenze circa i principali disturbi mentali con i quali potrebbe trovarsi a dover lavorare. Troviamo tra queste:

- Disturbi depressivi

I sintomi depressivi possono causare una grande sofferenza nella persona, essi possono avere intensità e durata variabile e possono costituire una risposta ad eventi esterni (depressione reattiva), oppure essere scaturiti da fattori interni (depressione endogena). I disturbi depressivi includono il disturbo da disgregazione dell'umore dirompente, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente, il disturbo disforico premestruale e il disturbo depressivi indotto da sostanze e/o farmaci (APA, 2013).

- Disturbi d'ansia

Fanno parte della categoria dei disturbi d'ansia quei disturbi che presentano al loro interno il sentimento della paura e dell'ansia. Questi due sentimenti potrebbero sembrare simili ma così non è. Con il primo termine si fa riferimento all'attivazione automatica necessaria alla lotta o alla fuga, è la risposta ad una minaccia reale o percepita. Quando facciamo riferimento all'ansia, invece, parliamo dell'anticipazione di una minaccia futura, è infatti più frequentemente associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione alla minaccia prevista per il futuro e a comportamenti prudenti o di evitamento. Vi è una netta differenza tra i sintomi dei disturbi di ansia e la normale paura o ansia, essi infatti devono essere tali da creare problemi nella vita quotidiana, si presentano come eccessivi e persistenti.

-Disturbi di panico

Si parla di disturbo di panico quando sono presenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico è la comparsa improvvisa di paura e disagio che raggiungono il picco in pochi minuti, manifestando:

- Palpitazioni
- Sudorazione

- Tremori fini o grandi scosse
- Sensazione di soffocamento
- Nausea o disturbi addominali
- Brividi o vampate di calore
- Sensazione di vertigine o di svenimento
- Sensazione di formicolio
- Paura di perdere il controllo

- Disturbo ossessivo-compulsivo

Questo disturbo si caratterizza per un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, il perfezionismo e controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza. Sono presenti ossessioni e compulsioni. Le ossessioni sono visioni, pensieri, impulsi ripetitivi e persistenti, esse non vengono vissute come piacevoli. L'individuo per cercare di eliminare o quantomeno arginare le ossessioni mette in atto delle azioni, le compulsioni. Con questo termine ci si riferisce a comportamenti ripetitivi o azioni mentali che il soggetto si sente obbligato a mettere in atto in risposta a un'ossessione. Il disturbo comporta una marcata sofferenza, nei casi più gravi compromette il normale funzionamento sociale e lavorativo del soggetto, e non è meglio giustificata da altri disturbi d'ansia o da malattie psichiatriche dovute a condizioni mediche generali. La frequenza e la gravità delle ossessioni e compulsioni è variabile. Per esempio, in casi di DOC lieve, le ossessioni e compulsioni impegnano da 1 a 3 ore al giorno, nei casi gravi invece i pensieri possono essere costanti, tanto da diventare totalmente invalidanti.

- Disturbi di personalità

L'OMS lo definisce come un disturbo nel carattere e nelle tendenze comportamentali dell'individuo, che in genere coinvolge diverse aree di personalità, ed è pressoché invariabilmente associato con gravi deficit personali e sociali (ICD, OMS 1992).

I disturbi di personalità hanno come caratteristica principale un comportamento che devia marcatamente rispetto alla cultura di riferimento dell'individuo e compromissione del funzionamento sociale, lavorativo e di altre aree importanti. Per far sì che possano essere diagnosticati, i comportamenti devianti devono essere stabili nel tempo e non riferirsi a situazioni specifiche o transitorie.

Tutti questi disturbi si presentano nella prima età adulta e sono presenti in svariati contesti.

- Disturbi psicotici

Le caratteristiche chiave che definiscono i disturbi psicotici sono: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, comportamento motorio disorganizzato o anormale (catatonia) e sintomi negativi. I deliri sono convinzioni radicate nel pensiero del soggetto che, nonostante evidenze contrastanti, non possono essere modificati

Le allucinazioni sono, invece, esperienze simil-percettive che si verificano senza uno stimolo esterno, sono involontarie. Possono presentarsi in qualsiasi modalità sensoriale ma le più comuni sono le allucinazioni uditive.

Il pensiero disorganizzato comporta il passaggio da un argomento all'altro da parte dell'individuo, senza che vi sia alcun nesso logico.

Il comportamento motorio disorganizzato o anormale può manifestarsi in diversi modi: si possono verificare anomalie in qualsiasi comportamento quotidiano. Quando si parla di comportamento catatonico, uno dei possibili sintomi, si fa riferimento alla marcata diminuzione della reattività all'ambiente.

I sintomi negativi sono presenti in particolar modo nella schizofrenia, dove troviamo: diminuzione dell'espressione delle emozioni (riduzione espressioni facciali, contatto visivo, movimento mani, testa) e abulia. L'abulia è la diminuzione nelle attività finalizzate volontarie spontanee, come ad esempio il soggetto può rimanere seduto per molto tempo senza mostrare interesse a partecipare ad attività lavorative o sociali.

- Schizofrenia

Il disturbo schizofrenico è una delle forme psicopatologiche più gravi e debilitanti che può portare ad una grave compromissione della vita personale e sociale. I sintomi più comuni della schizofrenia comprendono i deliri e le allucinazioni, che non appartengono alle esperienze normali. Ma si osserva anche un appiattimento affettivo, anedonia, ritiro sociale, sintomi che esprimono l'assenza o la riduzione di un aspetto del funzionamento mentale. Nella schizofrenia, in misura più pronunciata che in altre psicosi, possono anche essere presenti disturbi del pensiero ed evidenti limitazioni nel funzionamento della mente (limitazioni cognitive), in particolar modo della memoria, dell'attenzione e della capacità di risolvere i problemi.

Questa è sicuramente una delle forme psicotiche che più possono influire sulla genitorialità, e una delle più impegnative in termini di carico nei confronti dei caregiver. A causa della sua caratteristica destrutturante della personalità, la schizofrenia

compromette tutti gli aspetti della vita del soggetto, sconvolgendo profondamente la sua rete relazionale e, quindi, coinvolgendo anche il nucleo familiare.

- Disturbi correlati a sostanze

L'American Psychiatric Association raggruppa le sostanze psicoattive in 10 classi: alcool; caffeina; cannabis; nicotina; allucinogeni; cocaina; inalanti; oppiacei; fenciclidina sedativi/ipnotici/ansiolitici. Il fenomeno droga è un tema che viene dibattuto da molto tempo, analizzato da molteplici discipline, le quali ne hanno dato delle definizioni diverse. Dal punto di vista medico-psichiatrico, le droghe sono “sostanze psicoattive, di origine naturale o sintetica, il cui consumo agisce sul sistema nervoso centrale attraverso l'alterazione dei processi di trasmissione dei segnali e delle informazioni tra cellule nervose, rallentando o stimolando la produzione di sostanze neuro trasmettitorici, e genera la compromissione degli equilibri psicologici e dei normali processi mentali quali emozioni, pensieri, apprendimento, memoria, percezioni”.

L'utilizzo di sostanze, porta con sé numerose conseguenze negative in diverse sfere: personale, familiare, amicale, sociale ed economica. Innanzitutto, il loro impiego porta a conseguenze psicologiche riconosciute all'interno del DSM V, il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Le conseguenze individuali, oltre ad essere psicologiche, sono anche fisiche, questo dipende soprattutto dalla tipologia di sostanza, dalla frequenza, e dalla modalità di assunzione.

I disturbi correlati a sostanze si suddividono in due gruppi: disturbi da uso di sostanze e disturbi indotti da sostanze. Fanno parte dei disturbi indotti da sostanze:

- Intossicazione

- Astinenza
- Disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci (disturbi psicotici, disturbo bipolare, disturbi depressivi, disturbi d'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del sonno, disturbi sessuali, delirium e disturbi neuro cognitivi).

Si parla di disturbi da uso di sostanze facendo riferimento all'abuso e alla dipendenza.

Si può definire la dipendenza come una modalità patologica d'uso della sostanza che porta ad un disagio clinicamente significativo secondo i seguenti criteri che ricorrono in 12 mesi: Tolleranza, astinenza, modalità compulsiva. Le fasi della dipendenza si possono suddividere in: Fase luna di miele (in cui vi è un effetto piacevole della sostanza con un uso saltuario); Fase a dosi crescenti (diminuzione euforia e aumento astinenza, alto bisogno della sostanza e necessità di aumentare la dose); Fase della deprivazione (assorbito dalla sostanza, nei casi più gravi disposto a procurarsela anche con mezzi illeciti).

L'abuso è anch'essa una modalità patologica d'uso da sostanza che conduce ad un disagio clinicamente significativo, manifestato da uno dei seguenti criteri che ricorrono per 12 mesi: Uso ricorrente della sostanza risultante dall'incapacità di adempiere ai propri compiti, uso ricorrente in situazioni fisicamente rischiose, ricorrenti problemi legali correlati all'uso di sostanze, uso continuativo della sostanza.

Vi è intossicazione quando si è di fronte a una sindrome reversibile per una sostanza, dopo averla assunta. Il soggetto in fase di intossicazione si presenta poco vigile, con pensiero alterato, basse capacità motorie e relazionali.

L'astinenza si presenta quando il soggetto in seguito alla cessazione o riduzione dell'uso della sostanza presenta cambiamenti comportamentali problematici, con aspetti fisiologici e cognitivi.

1.1.2. Patologia psichiatrica e genitorialità

Le patologie psichiatriche hanno un impatto all'interno della famiglia, ne modificano le dinamiche interpersonali e possono avere delle ripercussioni sugli altri componenti del nucleo familiare.

La malattia mentale, quindi, può avere notevoli ricadute sul funzionamento dell'individuo, sia sul piano personale che sul piano sociale, soprattutto quando ad essere affetto da malattia mentale è il proprio genitore. La domanda che ci si pone in questi casi è quanto la patologia possa incidere sul sistema famiglia e sulla capacità di essere genitori. Si ritiene che i figli di genitori psichiatrici abbiano una probabilità maggiore di sviluppare problemi psicologici e che la loro relazione potrebbe risultare compromessa, ma questo non deve far cadere in una facile stigmatizzazione che da sempre accompagna la patologia mentale.

Un soggetto figlio di genitore con disturbo psichico ha una probabilità maggiore di sviluppare una patologia psichiatrica (Lombardi et al., 2014) ma, allo stesso tempo, non è detto che la sviluppi. In questo senso è importante liberarsi dai pregiudizi che legano senza appello la diagnosi con una inadeguatezza genitoriale. Un genitore è prima di tutto una persona con le proprie complessità che non possono essere ridotte ad una etichetta diagnostica, è quindi fondamentale volgere l'analisi su una dimensione che tenga conto anche della complessità e delle variabili che possono entrare in gioco. Risulta chiaro quindi che non sia la patologia di per sé a portare necessariamente ad un parenting

disfunzionale (Bornstein, 1991), questo perché le modalità attraverso cui si esplica la genitorialità non sono connesse solo a caratteristiche del singolo genitore ma dipendono dall'adattamento e dal funzionamento familiare complessivo, dal comportamento del genitore nel quotidiano, dalla relazione fra i coniugi, dalla possibilità di ricevere supporto sociale, dall'età del bambino, da come egli vive la malattia del genitore e da quali strategie utilizzi per farvi fronte.

Partendo da un'analisi che tenga conto dei fattori di rischio in relazione alle possibili conseguenze sui figli, si può ritenere che la patologia psichica del genitore assuma sicuramente una valenza di vulnerabilità, che se associata ad altri fattori stressanti può esporre il figlio ad uno sviluppo negativo. La psicopatologia genitoriale si associa spesso ad una difficoltà di parenting, tra cui mancanza di fiducia nella propria genitorialità, elevato stress genitoriale, disciplina troppo bassa o troppo rigida, punizioni ed ostilità verbale che, a loro volta, possono risultare predittive di diverse problematiche evidenziate nei figli (Bornstein, 1991).

Sono fattori che influenzano la compromissione della funzione genitoriale: un contesto sociale disagiato e avverso, privo spesso della presenza di una rete familiare e sociale, le frequenti separazioni dovute ai ricoveri e lo stigma sociale derivante dalla malattia. In termini generali la presenza di una diagnosi ufficiale nel genitore malato può risultare come fattore protettivo poiché facilita un distacco emotivo del figlio dalla relazione patogena, mentre una patologia non riconosciuta può portare il figlio in una situazione confusa e restare più facilmente nell'ombra (Polizzi, 1983).

I rapporti iniziano nella famiglia, la quale a sua volta è inserita in un sistema sociale ancora più ampio, le dinamiche interpersonali che si sviluppano al suo interno possono

influenzare lo sviluppo armonico dell'individuo, insieme ad altri fattori. I risultati saranno più o meno gravi a seconda dell'intensità degli agenti patogeni e delle risorse interne del soggetto in causa. Le dinamiche interne alle famiglie, insieme ad altri fattori intervengono, quindi, nel determinare lo sviluppo dell'individuo. I figli possono essere inseriti all'interno di diversi nuclei familiari, i quali, in base alle loro caratteristiche, possono avere diversi impatti sul loro sviluppo. I gruppi che verranno qui descritti, si riferiscono ad una modalità prevalente di interazione e non esaustive (Vizziello et al., 2001):

- *La famiglia barricata.* In questo modello il nucleo familiare è molto coeso e ha rigidi confini con il mondo esterno, ogni membro del nucleo ha un forte senso di appartenenza e si identifica pienamente in esso. È presente una forte angoscia persecutoria nei confronti dell'ambiente esterno. I soggetti che possono concorrere a creare questo tipo di interazione sono, in particolar modo, le personalità borderline, paranoiche e schizofreniche. Durante i primi approcci dei servizi con queste famiglie esse tenderanno ad avere un atteggiamento chiuso nei confronti degli operatori, i membri di questi nuclei hanno bisogno di essere osservati per un lungo periodo prima di lasciar trasparire la conflittualità, che si organizza nelle alleanze tra i diversi membri del nucleo familiare. Quando il paziente designato è la madre il nucleo tende a chiudersi perché essa è determinante nel funzionamento familiare e nella gestione dei figli. All'interno di questa modalità i partner possono avere personalità molto deboli, che si pongono in un rapporto di complementarità nei confronti della patologia della moglie, creando un gioco perverso di persecutore-perseguitato. Nei figli all'interno di questo sistema possono attivare meccanismi di difesa.

- *La famiglia litigiosa.* La coesione, in questo modello, è alta ma negata dai suoi membri. Anche qui è presente un'identità marcata ma con un funzionamento sadomasochistico. A differenza del modello precedente, l'angoscia persecutoria è rivolta verso gli altri membri del nucleo familiare, che si trovano gli uni contro gli altri. Il pensiero alla base dell'angoscia persecutoria riguarda la perdita e il danno reciproco. La comunicazione è disfunzionale, confusa e conflittuale. I soggetti che possono concorrere a creare questo tipo di interazione sono prevalentemente i soggetti con personalità borderline, paranoiche e alcoliste. L'arrivo al servizio è di norma spontaneo, l'altro viene presentato come la causa del disagio, creando un gioco familiare in cui si identifica un capro espiatorio. In questa tipologia di famiglia le cause conflittuali di coppia possono essere proiettate sui problemi del minore, che ne diventa la causa, in questo modo il gioco litigioso viene scisso dalla funzione genitoriale. All'interno di queste dinamiche i figli imparano il gioco e spesso riproducono tale modello a scuola quando vi è la presenza di due insegnanti, cercando di metterle l'uno contro l'altro, o possono riprodurlo nelle interazioni tra fratelli. La litigiosità dei genitori può portare il figlio ad avere la necessità di essere presente a casa per controllare, o per non essere escluso dalle dinamiche, con il rischio di ripercussioni sulla vita sociale e scolastica. Inoltre, ci potrebbero essere da parte del bambino dei tentativi di attirare l'attenzione su di sé, per esempio attraverso patologie psicosomatiche.

- *La famiglia disorganizzata.* All'interno di questi nuclei è presente una disorganizzazione su diversi livelli, dalla rottura dei legami familiari, a forme di relazione instabili, all'incapacità di rispondere ai bisogni basilari dei diversi

componenti. L'identità familiare è posta, più che su un piano realistico, su un piano di fantasie. Sono presenti vissuti persecutori, di abbandono, di frammentazione, che danno luogo a modalità dipendenti e rivendicative nei confronti dei servizi. Le tipologie di personalità prevalenti in queste famiglie sono quelle borderline e psicopatiche paranoide. Questi nuclei non hanno la percezione di essere perseguitati ma, al contrario, credono di essere perseguitati da episodi negativi. Verso i figli vi è l'impossibilità di riconoscerne i bisogni e di darvi una risposta adeguata, o rifiuti che possono portare a richieste di allontanamenti o ad abbandoni. La confusione che caratterizza queste famiglie crea sofferenze nei figli, che cercano di adeguarsi alle richieste contraddittorie senza poter arrivare a trovare in sé stessi una continuità.

- *La famiglia rigida.* In questa tipologia di famiglia sono presenti una coesione ed una identità elevate, con atteggiamenti di reciproca copertura degli aspetti patologici più gravi. Spesso uno dei genitori funziona in maniera valida, riuscendo a mantenere il proprio ruolo e a non essere coinvolto nella patologia dell'altro. In genere le personalità prevalenti sono di tipo depressivo maggiore o psicotico con tendenze dissociative. In questa tipologia di famiglia il senso di persecuzione è più tenue, le angosce, invece, sono indirizzate verso la paura di una frammentazione del nucleo familiare. Le difese principali che vengono attuate sono: il controllo, le formazioni reattive, la repressione e la rimozione. Queste difese possono portare alla copertura delle emozioni, desideri, sentimenti. La paura della crisi familiare trova compensazione nel poter riuscire ad evitarle o a contenerle tramite l'efficienza, l'organizzazione e il controllo di sé stessi e dello

sviluppo dei figli, creando un'omeostasi molto rigida. Risulta evidente quindi che i genitori tenderanno ad avere una pianificazione ed un controllo molto rigidi rispetto alla vita dei figli, andando a coartare gli spazi di autonomia degli stessi.

- *La famiglia depressa.* In questo nucleo è presente una buona coesione, e non brillando di luce propria, è particolarmente ricettiva alle influenze esterne. Il vissuto depressivo è spesso legato a fantasie di perdita, abbandono, carenza e autosvalutazione. Le personalità che più possono presentare queste caratteristiche sono di tipo depressive, nevrotiche ossessive e borderline. All'interno di questi nuclei si possono trovare due tipi di situazioni: quelle in cui entrambi i genitori si trovano in una condizione psicotica talmente grave da determinare un'impossibilità di gestione dei figli, e quelle più lievi e cronicizzate in cui vi è una modalità affettiva coartata, in cui la famiglia rimane però autosufficiente. Nei casi più gravi i genitori sembrano venire sopraffatti dalle richieste dei bambini, e consci della loro incapacità possono avanzare richieste di farsi vicariare dai parenti, o tentare di generare un secondo figlio con lo scopo di avere un aiuto nella gestione del primogenito, e qualora questi tentativi dovessero fallire essi esprimono un atteggiamento di rinuncia.

1.1.3. Aspetti epidemiologici

La sorveglianza Passi (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), coordinata dall'ISS, effettua un monitoraggio a 360 gradi sullo stato di salute della popolazione adulta italiana (18-69 anni) andando quindi a raccogliere informazioni anche su

depressione e qualità della vita². Passi utilizza un test, semplice e validato a livello internazionale, che consente di individuare le persone con “possibile” disturbo depressivo (Phq2). Questo test non permette di fare diagnosi di depressione ma, con una buona sensibilità (80%) e un’alta specificità (90%), è in grado di individuare persone con sintomi depressivi che potrebbero essere suscettibili di una diagnosi clinica di depressione maggiore. Gli ultimi dati Passi riportano che in Italia, una contenuta quota di adulti di 18-69 anni (circa il 6%) riferisce sintomi depressivi e percepisce compromesso il proprio benessere psicologico per una media di 14 giorni nel mese precedente l’intervista. I sintomi depressivi sono più frequenti all’avanzare dell’età (sfiora l’8% fra i 50-69enni), fra le donne (poco meno dell’8%), fra le classi socialmente più svantaggiate per difficoltà economiche (14% fra chi riferisce molte difficoltà economiche) o per istruzione, fra chi non possiede un lavoro regolare (8%), fra chi riferisce almeno una diagnosi di patologia cronica (13%) e fra chi vive da solo (8%). La gran parte della popolazione adulta italiana (circa 7 persone su 10) giudica positivo il proprio stato di salute complessiva, dichiarando di sentirsi bene o molto bene. In riferimento al quadro epidemiologico generale si stima che a livello europeo le persone affette da disturbi mentali siano circa 164 milioni (in Italia circa 17 milioni), di cui solo uno su tre si cura e arriva a rivolgersi ad uno specialista.

Quando si parla di caregiver si fa letteralmente riferimento a “colui che fornisce cure”, ovvero la persona che si prende cura di qualcuno che si trova in una condizione di parziale autosufficienza o non autosufficienza e per questo motivo non è in grado di prendersi cura pianamente di sé, sia per motivi cognitivi che per specifiche limitazioni fisiche o psichiche. (G. Costa et al, 2021) Prendersi cura dell’altro è una pratica che richiede

² Si tratta di una ricerca avviata nel 2006.

estrema sensibilità, in quanto il corpo dei caregiver entra in contatto con il corpo vivente di chi ha bisogno di aiuto.

Nello specifico, in Italia il focus dei servizi di cura, sia che si parli di servizi educativi, sanitari o sociali, è sempre sul beneficiario, cioè colui che soffre, che ha bisogno, è proprio intorno a lui che vengono delineate le attività dei servizi. È come se la persona interessata fosse solo colui che soffre e non chi se ne prende cura e lo assiste. È importante, invece, prestare attenzione alla gratificazione dei bisogni di chi cura affinché l'aiuto stesso sia efficace (R. Longo et al., 2020).

Diventa importante fare una distinzione tra caregiver professionale e caregiver informale. Nel primo caso si fa riferimento al personale specializzato (ese. Infermieri, assistenti domiciliari), con il secondo termine si fa riferimento, nella maggior parte dei casi, ad un familiare, il quale supporta quotidianamente un caro ammalato (AIMAC, 2002). La famiglia rimane, infatti, l'ambiente psicosociale di supporto più importante all'interno del quale l'ammalato reagisce alla malattia e le modalità con cui questo avviene incidono su vari livelli sui membri della famiglia (Testoni, 2020). Proprio per queste ragioni, anche il caregiver familiare deve essere preso in considerazione come soggetto attivo che si prende cura del malato. Molto spesso all'interno della famiglia viene designato un membro specifico come caregiver, il quale è chiamato a dedicare la propria quotidianità all'ammalato. Nella maggior parte dei casi ad assumere questo ruolo sono: il coniuge oppure un figlio o un genitore, più raramente un altro membro della rete amicale o familiare (Testoni, 2020). Il lavoro di cura porta con sé un carico molto elevato, questo perché la persona che ricopre questo ruolo non ha una formazione specifica, né dal punto di vista infermieristico e neppure da quello psicologico e in molti casi gli altri membri della famiglia non si fanno carico della situazione. Quando lo stress del caregiver

raggiunge livelli molto alti si parla di “burden of care”, ovvero la fatica da parte del caregiver nel compimento dei compiti assunti, che si traduce in un disagio psicologico caratterizzato da forte ansia, depressione e malessere fisico. Il caregiver, durante il suo lavoro di cura, può reagire con rabbia, paura, incertezza, negazione, accettazione, in questo ultimo caso il caregiver si rassegna al peso della cura e quindi alle trasformazioni che esso esercita sulla propria vita. Nel momento in cui questa figura accetta passivamente il cambiamento indotto dal lavoro di cura, più aumentano le possibilità che sviluppi una sintomatologia depressiva. In letteratura è presente un ulteriore concetto che descrive gli effetti del lavoro di cura, noto con il termine “compassion fatigue” (Testoni, 2020). Si fa riferimento al prezzo emotivo da pagare per l’aiuto continuativo verso una persona che sta male. Questo stato psicologico è caratterizzato da: crisi di disperazione, ansia, irritazione, isolamento e chiusura emotiva. La tensione del caregiver finisce per manifestarsi anche sul piano fisico (già provato dalle incombenze pratiche) ed è quindi più facile trovare in queste persone problemi gastrici, mal di testa, dolori dovuti anche alle manovre pesanti che attuano, e tutta una serie di disfunzioni immunitarie e problematiche che spesso derivano dal non avere tempo e risorse per poter curare sé stessi.

In molti casi i caregiver familiari sono molto giovani, facciamo infatti riferimento a bambini e giovani fino ai 18 anni che si prendono cura quotidianamente di un membro della propria famiglia bisognoso di assistenza, assumendosi delle responsabilità che dovrebbero invece essere associate ad un adulto. Nell’immaginario comune, infatti, l’infanzia e l’adolescenza rappresentano fasi della vita vulnerabili, i cui protagonisti sono bisognosi delle cure e della guida degli adulti. Per questo è più facile immaginare bambini e ragazzi come care recipients (Costa et al., 2021) (coloro che ricevono la cura) che come caregiver. I caregiver familiari che hanno tra i 18 e i 25 anni sono definiti giovani

caregiver adulti. La situazione dei giovani caregiver, in questa sede definiti dai 15 ai 25 anni per convenzione, è raddoppiata negli ultimi anni e la situazione Covid-19 li ha resi ancora più invisibili. La percentuale di questi giovani in Italia è del 6,6% (Rapporto sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione Europea dell'Istat, 2020). In numeri assoluti i giovani caregiver in Italia sarebbero 391mila. Nell'edizione 2015 la cifra era molto più bassa e quella del 2020 ancora non tiene conto del Covid. Il Covid, infatti, ha peggiorato lo stato psicofisico delle persone fragili, soprattutto per coloro che hanno patologie psichiatriche pregresse. Il lockdown ha aumentato le ore di assistenza e tolto ai ragazzi i normali spazi di svago.

Essere un giovane caregiver può portare con sé delle conseguenze negative che possono riguardare anche il lungo periodo, su diversi livelli (Giovani caregiver, n.d.):

- Indipendenza economica, al quale può collegarsi un senso di ansia e frustrazione per le responsabilità assunte e da assumere.
- Processo di socializzazione, in quanto il giovane caregiver potrebbe trovare difficoltà nello sviluppo di legami sociali e conseguente senso di esclusione sociale.
- Formazione ed educazione, si registra infatti un prematuro abbandono scolastico.
- Difficoltà di transizione verso l'età adulta e nella progettazione del futuro.
- Maggiore rischio di povertà.
- Limitazione delle aspirazioni: molti giovani caregiver preferiscono accettare lavori che siano vicino a casa per poter meglio assistere il genitore, o possono essere costretti a svolgere professioni di cura, andando a precludersi l'opportunità di svolgere lavori per loro più gratificanti.

Alcuni bambini e ragazzi mostrano una grande resilienza in situazioni in cui altri si mostrano invece vulnerabili, ciò consente di ipotizzare che la resilienza e la vulnerabilità si sviluppino in relazione alla presenza o assenza di fattori di protezione individuali. Le caratteristiche personali dei minori che sembrano favorire la resilienza possono essere le seguenti:

- un quoziente di intelligenza elevato;
- il senso di efficacia nei rapporti interpersonali;
- la consapevolezza di avere valore, nonostante le avversità vissute.
- le buone capacità relazionali e di empatia;
- il senso dell'umorismo e la creatività (Lombardi et al., 2014).

Molti giovani caregiver invece, vedono minata la propria capacità di resilienza dal dover costantemente mettere in atto strategie di fronteggiamento delle difficoltà al fine di proteggere anche il proprio benessere. La capacità di coping di un giovane caregiver rimane fondamentale ma in diversi casi l'esposizione alle difficoltà del lavoro di cura e il mancato sostegno da parte del genitore, può mettere a rischio l'abilità a rimanere resilienti.

1.1.4. Aspetti normativi

Il profilo del caregiver è stato riconosciuto e delineato normativamente per la prima volta dalla legge di bilancio 2018 (articolo 1, commi 254-256, legge n. 205 del 2017), che al comma 255 lo definisce come persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti, quali:

- il coniuge o una delle parti dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto;

- il familiare o affine entro il secondo grado e anche un familiare entro il terzo grado, nei casi individuati dall'art. 3, comma 3, della legge n.104/1992, che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, sia non autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, ovvero gli sia riconosciuto un grado di invalidità in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata continuativa, definita come handicap grave ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della citata L. 104;

- sia titolare di indennità di accompagnamento. Al riguardo, la legge n. 18/1980 ha disciplinato l'indennità di accompagnamento quale sostegno economico a carico di risorse statali erogate dall'Inps in 12 mensilità, indipendentemente dal reddito del beneficiario e in regime di esenzione fiscale, corrisposto a persone per le quali viene accertato uno stato di totale invalidità o incapacità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore (AvvocatoFrash, 2020)
- Il comma 254, art. 1, della richiamata legge di bilancio 2018 ha istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri un Fondo per il sostegno del titolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, inizialmente con una dotazione di 20 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2018-2020, da ripartire alle Regioni. Il fine è quello di sostenere interventi legislativi volti a riconoscere il valore sociale ed economico di tale attività di cura non professionale. “In proposito, si sottolinea che il decreto-legge 86/2018 (L. n. 97 del 2018) di riordino delle competenze dei ministeri, ha disposto il trasferimento alla medesima voce di bilancio della Presidenza del Consiglio dei ministri della dotazione del Fondo previsto dal D.lgs. 16 settembre 1996, n. 565, denominato "Fondo di previdenza per le persone che

svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari" precedentemente iscritto nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali" (Giovane caregiver e la sua funzione, 2020).

Al Fondo hanno potuto iscriversi inoltre, su base volontaria, i soggetti che svolgono, senza vincolo di subordinazione, lavori non retribuiti in relazione a responsabilità familiari e che non prestavano attività lavorativa autonoma o alle dipendenze di terzi e non erano titolari di pensione diretta. L'iscrizione al Fondo è stata lasciata libera anche per coloro che svolgono un lavoro con orario ridotto. I criteri e le modalità di utilizzo di tale Fondo sono stati definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia D.M. 27 ottobre 2020, pubblicato nella Gazzetta ufficiale del 22 gennaio 2021. Le risorse, destinate alle regioni per interventi di sollievo e sostegno destinati al caregiver familiare, devono essere utilizzate dando priorità:

- ai caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, così come definita dall'art. 3 del D.M. 26 settembre; ai caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali, comprovata da idonea documentazione;
- a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

Al termine di ciascun esercizio finanziario le somme residue e non impegnate del citato Fondo devono essere versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate al medesimo Fondo, così da non perdere nessuna risorsa. "A legislazione vigente, il Fondo 2021 (cap. 2090 dello stato di previsione del MEF)

presenta una disponibilità di 23,7 milioni di euro nel 2021 e di 25,8 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022 e 2023. La legge di bilancio 2021 (comma 334, art. 1, Legge n. 178/2020) ha disposto, in aggiunta, la costituzione del Fondo per gli interventi legislativi di valorizzazione dell'attività di cura non professionale del caregiver, iscritto nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali (cap. 3555), diretto alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico delle attività di cura a carattere non professionale del caregiver familiare, con una dotazione nel triennio di programmazione 2021-2023 pari a 30 milioni di euro per ciascun anno del triennio (La figura del caregiver nell'ordinamento italiano).

1.1.5. Stigma e pregiudizi

Ciò che può svilupparsi tra migranti e paese di approdo sono i pregiudizi e gli stereotipi.

Il pregiudizio è un atteggiamento. L'atteggiamento è costituito da tre aspetti:

1. componente affettiva ed emozionale
2. componente cognitiva,
3. componente comportamentale

Il pregiudizio si riferisce alla componente affettiva. Esso può essere sia positivo che negativo ma in generale viene usato per atteggiamenti negativi nei confronti degli altri.

In particolare, il pregiudizio è un atteggiamento ostile o negativo nei confronti dei membri di un gruppo sulla base unicamente dell'appartenenza a quel determinato gruppo. Ciò che rende una persona con pregiudizio a rimanerne legata e resistente al ragionamento è proprio la componente affettiva, si sa infatti che il ragionamento logico non ha effetto sulle emozioni. Tutto ciò è stato dimostrato da Gordon Allport nel suo libro *La natura del pregiudizio* [1954]. Egli cita il dialogo tra il signor X e il signor Y. Il primo fa presente il

suo punto di vista sugli ebrei, la sua ostilità nei loro confronti. Nonostante il signor Y, attraverso ragionamenti logici, fa cadere i suoi ragionamenti, l'atteggiamento del signor X rimane intatto.

È necessario domandarsi quali siano le radici sociali e cognitive del pregiudizio. Esso è condizionato da fattori diversi. In primo luogo, da quanto abbiamo appreso durante la socializzazione primaria, quindi dal comune sentire del gruppo in cui viviamo e anche dai messaggi veicolati dei mass media. Infine, dal tipo di interazione e dall'esito che si raggiunge: per esempio, se avessimo una relazione amorosa con uno straniero questa ci porterebbe probabilmente a rivedere molte convinzioni sul loro gruppo di appartenenza.

Fanno parte invece della componente cognitiva gli stereotipi. Il termine stereotipo è stato introdotto dal giornalista Walter Lippmann, nel suo libro *Public Opinion* [1922], nel quale fece una distinzione tra il mondo reale e gli stereotipi, definiti come "piccole immagini che ci portiamo nella nostra mente". Queste immagini sono simili in una data cultura. Quello che si fa è quindi categorizzare. Lo stereotipo è quindi una generalizzazione in riferimento ad un gruppo di persone, in cui vengono attribuite le stesse caratteristiche a tutti i membri del gruppo, senza tenere presente le caratteristiche individuali e quindi le variazioni tra i membri.

Le credenze stereotipate, combinate con i pregiudizi portano alle discriminazioni.

Esse iniziano a circolare verso l'inizio del XIX secolo, attribuiscono alla razza tratti del carattere e del comportamento che non hanno nulla a che fare con le differenze semantiche. Queste dottrine si fondano su diverse credenze: correlazione tra

caratteristiche semantiche e tratti mentali e morali, che di conseguenza siano trasmessi per via ereditaria e siano imm modificabili, che vi sia una gerarchia naturale tra le razze che giustifichi il dominio di alcune razze su altre. Il fatto che ci siano delle differenze genetiche tra i vari individui non significa che sia legittimo negare diritti e opportunità ai gruppi che ne sono portatori. Possiamo infatti chiamare dottrine razziste quegli atteggiamenti e quelle pratiche che discriminano, sulla base dell'appartenenza razziale, l'accesso all'esercizio di diritti e determinate opportunità e posizioni sociali (Bagnasco, 2012). Negli ultimi cinquant'anni molte persone sono diventate più attente: si comportano apparentemente senza pregiudizi, ma dentro di sé li mantengono. In questo caso si parla di pregiudizio moderno, ovvero, gli individui hanno imparato a nascondere i propri pregiudizi nelle situazioni in cui potrebbero essere accusati di essere razzisti. Quando invece si sentono sicuri, i pregiudizi possono essere liberamente manifestati. Ciò che può ridurre il pregiudizio è un tipo particolare di contatto.

Vi possono essere anche iniziative nel campo della lotta alla discriminazione di tipo diverso. Quella di counseling rivolta ai potenziali migranti quando si trovano ancora nel loro paese, corsi di alfabetizzazione, interventi nei confronti dei migranti che manifestano difficoltà di inclusione, sostegno scolastico e professionale a favore delle seconde generazioni, iniziative rivolte a soggetti che occupano ruoli professionali strategici. Altre iniziative sono quelle promosse dalle imprese che si occupano della valorizzazione delle differenze, o basate su quella che viene definita discriminazione positiva. Si tratta di politiche che hanno la finalità di correggere tendenze di lungo periodo che pongono gruppi minoritari in posizioni di svantaggio occupazionale, stimolando i datori di lavoro (Zanfrini, 2014).

Negli ultimi anni, un notevole impulso alla prevenzione e alla lotta alla discriminazione è venuto dall'Unione Europea, segnatamente dopo il Consiglio europeo straordinario riunitosi a Tampere il 15 e 16 ottobre 1999, a seguito del quale la Commissione ha elaborato due proposte di direttiva: la prima, approvata nel novembre 2000 (direttiva 2000/78/CE) con la quale si mira a stabilire <<un quadro generale per il rispetto del principio di pari trattamento tra le persone a prescindere da razza o origine etnica, religione o convinzioni personali, handicap, età o tendenze sessuali>>; e una seconda, specificamente dedicata all'attuazione del principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica. Quest'ultima direttiva (2000/43/CE) mira a stabilire un quadro minimo per l'interdizione della discriminazione basata sulla razza o l'origine etnica, e un livello minimo di protezione giuridica nell'Unione Europea per le persone vittime di discriminazione (Zanfrini, 2014).

1.2. Servizio sociale e malattie mentali

La figura dell'assistente sociale la ritroviamo molto tardi nell'ambito della salute mentale, nonostante se ne sentisse la necessità già dal 1929, è solo nel 1950 che viene chiamata ad aiutare la popolazione svantaggiata all'interno degli istituti psichiatrici. Infatti, in tutto il periodo storico in cui la legge di riferimento era la legge 1904, n.36, non era prevista la figura dell'assistente sociale all'interno degli Ospedali Psichiatrici. È negli anni Cinquanta, con la promulgazione della Costituzione, che tale figura rientra a far parte del personale previsto per i manicomi (Civenti et al., 2014). Ci troviamo nel periodo successivo alla guerra mondiale, la quale aveva portato a diverse conseguenze negative, come appunto, i soggetti in situazioni svantaggiate, per i quali era necessaria una tutela. È in questo momento che l'assistente sociale viene inserita all'interno delle strutture

psichiatriche. Gli assistenti sociali inseriti rappresentavano ancora un numero esiguo e avevano piccole funzioni burocratiche o di segretariato nei reparti. I contatti con le famiglie delle persone in situazione di disagio erano limitati e potevano coinvolgere altri enti o servizi solamente per questioni amministrative. Infatti, è proprio in questo periodo che la figura dell'assistente sociale si diffonde ma solamente nel 1968, attraverso la legge 431, la figura dell'assistente sociale è prevista anche nei servizi territoriali e non solamente nell'Ospedale Psichiatrico. La figura dell'assistente sociale, in questo modo, iniziava ad operare secondo le modalità specifiche della professione e allargava progressivamente il proprio campo d'azione rendendosi autonoma dalla direzione medica e superando il carattere meramente burocratico del lavoro svolto negli anni precedenti.

La vera svolta giunse però con l'emanazione della legge 180 del 1978, la legge Basaglia, che rivoluzionò il sistema psichiatrico, delineando una rete di servizi diramati all'interno del territorio che stimolavano il coinvolgimento delle famiglie e della comunità. Successivamente a questa norma di legge e grazie anche alle seguenti normative citate in precedenza, la figura dell'assistente sociale divenne fondamentale e fungeva da collante tra il sistema sanitario e il contesto sociale, anche in una nuova ottica di pensiero in cui gli aspetti sociali vengono considerati per la loro forte influenza nella salute e nella qualità della vita della persona.

Il servizio sociale nella salute mentale, attraverso azioni specifiche nell'ambito dei programmi di cura, riabilitazione e prevenzione permette di contribuire al sostegno delle persone nella gestione della vita quotidiana con particolare attenzione alla crescita personale, agli aspetti di autonomia, al percorso riabilitativo, alla tutela dei diritti, al coinvolgimento dei sistemi delle reti primarie (Sanicola, 2009). Anche nel lavoro di

promozione della cultura dell'inclusione e dell'accoglienza può assumere un ruolo importante (Spisni, 2013).

La figura dell'assistente sociale non è sempre presente all'interno dei dipartimenti di salute mentale, quando è presente la possiamo trovare nei Centri di Salute Mentale. Mentre le altre figure si concentrano sulla parte sanitaria del piano terapeutico e riabilitativo individuale, l'assistente sociale ha il compito di intervenire negli aspetti abitativi, lavorativi e relazionali della persona, nonché al sostegno del processo di crescita dell'autonomia, dell'autogestione e della responsabilizzazione dell'utente. Gli assistenti sociali lavorano in equipe con medici, psicologi, psichiatri, infermieri, operatori sociosanitari, educatori professionali e concorrono all'elaborazione dei progetti terapeutici (Il ruolo del servizio sociale nella disabilità mentale: l'esperienza in una C.T.A. in Sicilia). (autore, anno, ente)

L'assistente sociale coglie i bisogni e le esigenze che la persona dimostra di dover soddisfare per vivere meglio nel proprio contesto di vita, la sostiene nel recupero delle risorse personali, delle relazioni della rete primaria e la affianca nel raggiungimento delle aspettative riguardanti il futuro. Attraverso il costante confronto e continuativo con la persona presa in carico e attraverso il coinvolgimento dei suoi familiari e delle persone della rete amicale per poter recuperare informazioni importanti, l'assistente sociale valuta i risultati del progetto e, se necessario, deve riformulare gli obiettivi e le azioni da compiere. L'assistente sociale aiuta a comprendere e sviluppare i punti di forza, quindi le risorse della persona, fornendogli un insieme di aiuti tangibili di aspetto abitativo, economico, lavorativo: questo offre all'utente una situazione di stabilità che lo aiuterà nel recupero della stabilità emotiva su cui lavorano gli psichiatri e gli psicologi.

Il lavoro dell'assistente sociale può intervenire su diverse dimensioni in relazione alla specifica persona. Vi sono casi in cui l'utente rimane inserito all'interno del nucleo familiare e l'aiuto che l'assistente sociale può dare al caregiver è di fondamentale importanza. L'assistente sociale può intervenire mediante periodici colloqui con le famiglie e organizzando specifici gruppi di auto aiuto, coinvolgendo, quindi, persone che condividono la medesima situazione (Cellini, 2015).

1.2.1. Complessità nella relazione di aiuto con il minore

Sono molteplici le questioni che caratterizzano l'intervento professionale dell'assistente sociale nell'ambito specifico delle famiglie e dei minori. In primis una problematica è dettata dalla dimensione relazionale, la quale implica la capacità professionale di muoversi nel contesto di riferimento senza trascurare la componente emotiva insita nel rapporto con genitori e figli minori, i quali sono portatori di risorse. Molto importante è anche la dimensione metodologica, che ha delle specifiche caratteristiche che non devono essere dimenticate. Quando le famiglie fanno ricorso al servizio sociale, nella maggior parte dei casi è per avere aiuti materiali. Per questo motivo è più presente il rischio di attivare interventi solamente di carattere erogativo (Capanini, 2002; Ponticelli, 2010).

È molto importante porre l'attenzione sulle caratteristiche che un'assistente sociale deve avere, trattandosi di una professione che si muove in contesti e situazioni complesse (Cellini et al., 2015).

La domanda di aiuto per una famiglia è sempre riportata da un adulto, senza che il bambino abbia un giusto spazio di ascolto. Il suo punto di vista è spesso filtrato da altre figure, come il genitore, l'insegnante, educatore che si interpongono tra lui e l'assistente sociale. La mancanza di spazio di ascolto nei confronti del bambino viene anche motivata

con il voler evitare al bambino il contatto con una nuova figura. Molto spesso la figura dell'assistente sociale viene presentata al bambino come "cattiva", pericolosa per la famiglia, con frasi "gli assistenti sociali portano via i bambini", aumentando in questo modo il disagio. Capita spesso, infatti, che in situazioni in cui la tutela del bambino si caratterizza come centrale, l'assistente sociale interviene senza costruire una relazione significativa con il bambino, a volte conoscendolo solamente attraverso il racconto di terzi.

Anche nei casi in cui l'incontro avvenga direttamente tra bambino e assistente sociale, si potrebbe incorrere in diversi rischi. Il primo tra questi è dettato dal bisogno di difendersi dalla pena che il bambino può veicolare nei confronti dell'assistente sociale e che può portare il professionista ad un distacco emotivo. In questi casi, il professionista assume un atteggiamento formale oppure banalizza la situazione o la squalifica, attraverso ad esempio al ricorso di argomenti stereotipati.

Nel momento in cui si sceglie di non affrontare determinati argomenti con il minore, questi diventano dei tabù e non si ha la consapevolezza rispetto alle aspettative e ai sentiti del bambino. L'assistente sociale, in questo modo, invece di accogliere i contenuti emotivi che emergono dalla relazione con il bambino, in modo da non farlo sentire solo, decide di chiudere la comunicazione rimandando tutto allo psicologo (Blandino, 2009).

Tra le altre competenze che la figura dell'assistente sociale deve avere è la capacità di ricercare, riconoscere e utilizzare i dati relativi ai fattori insiti nelle relazioni familiari. L'assistente sociale, inoltre, deve essere in grado di cogliere segnali di disagio e deve svolgere un ruolo di accompagnamento al loro riconoscimento, sapendo cosa osservare,

su cosa soffermarsi, e grazie alla dimensione relazionale, riuscendo a tollerare emozioni forti legate al vissuto del bambino.

Questa seconda caratteristica prevede che l'assistente sociale abbia un assetto professionale e personale tale da permettergli di costruire una relazione nella quale è in grado di avere un contatto autentico con il mondo dell'altro, lasciandogli lo spazio per parlare e raccontarsi, senza cercare una risposta immediata a tutti i costi. D'altro canto, è strettamente connessa alla disponibilità di prestare attenzione alle proprie risonanze interne, sia per cogliere ciò che non viene esplicitato sia per governare l'impatto delle proprie emozioni e gli schemi cognitivi che aiutano ad attribuire significati agli aspetti vari delle situazioni familiari. È bene interrogarsi sulle forme mentali che si privilegiano sin da subito per orientarsi nella relazione con la famiglia e con il minore, in quanto i rischi in cui si può incorrere sono diversi, come ad esempio: polarizzazione tra i bisogni del genitore vs i bisogni del bambino oppure centrare l'attenzione sui problemi e non sulle risorse (Bertotti, 2012).

Uno strumento importante utilizzato dall'assistente sociale è la visita domiciliare, che offre delle opportunità per osservare il bambino all'interno del suo contesto familiare. Si tratta di uno strumento molto spesso sottovalutato dalla figura dell'assistente sociale, mentre esso è uno strumento di osservazione diretta inerente al rapporto genitore-figlio, grazie al quale è possibile scorgere le dinamiche tra essi, comprendere in che modo il bambino si relaziona con l'ambiente e se l'ambiente, appunto, è adatto al bambino e al suo benessere psico-fisico. La visita domiciliare va sempre concordata con gli interessati, è da evitare la visita domiciliare a sorpresa, incompatibile con l'orientamento volto a

promuovere la partecipazione dei genitori e la loro assunzione di consapevolezza nei confronti del disagio dei figli.³

Successivamente, l'assistente sociale dovrà valutare il materiale emerso dall'indagine sociale su due livelli:

- Il primo livello riguarda il bambino: condizione in cui versa, rischi in cui esso incorre o potrebbe incorrere in futuro, i danni che può aver subito e la consapevolezza e collaborazione dei genitori.
- Il secondo livello riguarda la capacità genitoriale: quanto è effettivamente compromessa e il grado di recuperabilità o nuova acquisizione.

Un importante contributo in linea con le teorie proprie del servizio sociale, le quali assegnano importanza sia ai problemi che alle risorse, è il modello processed oriented, (Di Blasio, 2005) il quale porta a connettere i fattori di protezione e resilienza con i fattori di rischio, questi ultimi si dividono in:

- Distali, di natura culturale e sociale. Possono aumentare lo status di vulnerabilità dei soggetti, come ad esempio la povertà, la scarsa istruzione, la disoccupazione e così via (Germain & Gitterman, 1985).
- Prossimali, quindi di tipo emotivo, cognitivo e relazionale e condizionano direttamente la persona e ne possono aumentare i rischi. Parliamo, in questo caso, per esempio di possibili patologie psichiatriche del genitore, comportamenti devianti del genitore, conflittualità e violenza domestica, disturbi neonatali e così via.

³Richmond (1899, cap V) indicava, tra i criteri per la visita domiciliare, l'osservazione delle condizioni di vita dei bambini per poter intervenire a loro protezione.

D'altro canto, i fattori protettivi possono limitare o contrastare il rischio, riuscendo a limitare l'impatto che la situazione ha sia sulle dinamiche familiari che sul minore. Per questo motivo è importante non tanto eliminare il rischio ma quanto più sostenere processi positivi orientati al benessere, come: capacità empatica, responsabilizzazione, gestione del conflitto, occasioni di socializzazione, servizi accessibili.

Il servizio sociale ha delle proprie aree di pertinenza per quanto riguarda la valutazione, dalla quale possono emergere indicatori di una situazione di disagio. Per meglio comprenderne il significato, presentiamo uno schema di valutazione che può indirizzare il professionista verso delle aree significative che è necessario prendere in considerazione.

Lo schema è presentato da Reder e Lucey (1997) e comprende le seguenti aree:

1. Adattamento al ruolo di genitore
2. La relazione con i figli
3. Le influenze della famiglia
4. L'interazione con il mondo esterno
5. Le potenzialità di cambiamento

Per quanto riguarda la prima area, si fa riferimento alle cure fisiche, quindi all'alimentazione, alla salute, all'igiene, alla protezione e sicurezza, tutti aspetti su cui l'assistente sociale deve porre la propria attenzione. La consapevolezza dei genitori rispetto ai problemi e la loro motivazione verso il cambiamento, anch'esso fattore da prendere in considerazione. Per quanto riguarda il contesto sociale, vanno valutati sia la potenzialità delle reti di sostegno, sia il rapporto tra i genitori e i servizi, atteggiamento di fiducia, ostilità, collaborazione, evitamento. Molto importante anche l'analisi delle potenzialità al cambiamento della famiglia e la capacità di utilizzare l'aiuto riuscendo a

riconoscere i problemi, riconoscere la necessità di avere un aiuto esterno, desiderio di cambiare la propria situazione (Bertotti, 2012).

1.2.1. Servizio sociale e tutela per il minore

La relazione genitore-figlio è il perno su cui ruota il diritto minorile, è infatti costituzionalmente riconosciuto che la responsabilità dell'istruzione, dell'educazione, del mantenimento dei figli sia dei genitori, (art.30). I genitori hanno nei confronti dei figli potere-dovere di cura, sostegno, vigilanza, rappresentanza, essi possono rivelarsi adeguati, parzialmente adeguati o totalmente inadeguati. Nella prospettiva di queste ultime due eventualità, le norme che definiscono la relazione genitori-figli si incentrano sulla promozione e sostegno alla genitorialità funzionale e di protezione della genitorialità disfunzionale alla crescita (Fargion, 2009). Sembra chiaro, quindi, che vi sia la convinzione che la protezione del minore, possa e debba passare attraverso il recupero delle capacità genitoriali, fatto salvi i casi in cui vi è un conclamato abbandono morale e materiale del minore.

In sintonia con le norme nazionali e internazionali, anche le norme istitutive del servizio sociale individuano le famiglie come soggetti su cui rivolgere il proprio interesse. Il servizio sociale assume nel proprio mandato professionale l'essere presente nella vita del minore e dei genitori, delle famiglie. Per fare questo può attivare iniziative orientate alla promozione del benessere rispetto alle difficoltà individuali dei bambini e dei genitori o in relazione tra loro, e attraverso percorsi di recupero in condizioni di difficoltà accertate. Gli assistenti sociali si rivolgono non solamente alle famiglie ma anche alla comunità in cui esse sono inserite e alle istituzioni. Diventa, infatti, molto importante rivolgersi alla

comunità, ai soggetti pubblici e privati, formali e informali che la abitano, perché è molto importante che si creino relazioni d'aiuto nei confronti delle famiglie, la coesione comunitaria e l'informazione sono fondamentali per non lasciare nessuno nell'ombra. A un altro livello l'attività di promozione può riguardare quelle istituzioni che se ne occupano in maniera prevalente, ovvero le scuole. Molte volte non ci sono rapporti di collaborazione tra assistenti sociali e insegnanti, quanto più poca fiducia reciproca e ansia di trovare una risposta rapida a situazioni ormai da tempo compromesse. Riuscire, invece, a lavorare insieme, lasciando emergere le abilità di ognuno, è un valido metodo per intervenire e promuovere il benessere del minore in situazioni di disagio.

La figura dell'assistente sociale attua interventi di diversa entità diretti alle famiglie per tutelare prioritariamente i minori. Tra questi troviamo il sostegno leggero, un sostegno non connotato professionalmente e flessibile, che ha lo scopo di supportare i genitori quotidianamente, in un'ottica di responsabilizzazione, apprendimento, coinvolgimento. Si attua mediante l'attivazione di volontari disponibili a diventare un vero e proprio punto di riferimento per i genitori e per i minori. Questi tipi di intervento hanno come vantaggio il fatto di essere visti con minore diffidenza dai genitori, perché non sostitutive nei loro confronti; esse suscitano minore resistenza, perché non sono avvertite come dimostrazione della propria inadeguatezza (Fruggeri, 2007).

I volontari diventano delle figure a cui poter chiedere consigli, pareri, aiuto domestico, aiuto con l'accudimento, essi diventano veri e propri sostegni. Avere una figura a cui potersi riferire e confrontare aiuta a non isolarsi, a non provare vergogna, con la conseguente chiusura rispetto al riconoscimento dei problemi e alla richiesta di aiuto. Al contrario, confrontarsi su piccoli successi, su cose nuove che si è stati in grado di apprendere, porta il genitore a non vedersi solamente come inadeguato e carente ma come

persona che ha le sue competenze. In Italia l'intervento che più si avvicina a questa forma è l'affidamento diurno, anche se sono presenti differenze di forma; infatti, in questi interventi sono presenti i servizi pubblici; nei paesi anglosassoni questi interventi prendono il nome di mentoring, parrainage nei paesi francofoni.

Possono esserci casi in cui l'ambiente familiare non sia adeguato a garantire il benessere e l'equilibrio nella crescita del minore, in questi casi può rendersi necessaria l'interruzione della convivenza. La collocazione del minore al di fuori della famiglia può avvenire:

- Successivamente all'allontanamento dalla casa familiare della figura genitoriale che attua comportamenti pregiudizievoli nei confronti del minore, oppure configurabile come "violenza domestica".
- Successivamente alla collocazione etero familiare del minore, per fornirgli protezione e interrompere i comportamenti dannosi attuati dai suoi adulti di riferimento.

Questo intervento può essere attuato con il consenso dei genitori, nei casi in cui questi ultimi siano pienamente coscienti della gravità dei problemi e della necessità di un intervento. Si tratta però di una situazione che non si presenta molto spesso, solitamente i genitori non sono favorevoli all'allontanamento dei propri figli dalla casa familiare (Ardesi et al., 2008).

L'intervento che ha priorità in casi in cui è necessario un intervento nel maggior interesse del minore è l'affidamento familiare. La legge n. 184/1983 definisce una gerarchia tra le possibili opzioni, e definisce come prioritario l'affidamento familiare, in seconda istanza inserisce la comunità familiare. L'affidamento prevede la collocazione

residenziale del minore presso una famiglia o un singolo disponibile ad accoglierlo, per un periodo adeguato a introdurre o ristabilire nel suo nucleo di origine le condizioni opportune a garantirgli uno sviluppo sano. Si tratta di un intervento transitorio, di supplenza delle capacità genitoriali temporaneamente carenti. Affinché si possa giungere ad un affidamento, devono essere presenti:

-Principio della gravità. Vi devono essere gravi problemi che rendono necessario ed opportuno l'allontanamento da quel contesto familiare dove il bambino non sarebbe protetto.

- Principio della temporaneità., (art.4 comma 4 della citata legge), per cui l'affido deve essere definito in rapporto al tempo necessario per realizzare quel complesso d'interventi volti al recupero della famiglia.

Nel momento in cui si attiva l'affidamento familiare è molto importante valorizzare le capacità residue dei genitori, altrimenti si potrebbe giungere alla delega totale o ad uno scontro con il professionista. Per essere valido, l'affido deve essere parte di un preciso progetto di recupero della famiglia d'origine che preveda obiettivi a breve, medio raggio e con verifiche periodiche. L'art.4 della legge 184/1983 stabilisce infatti che il provvedimento di affidamento debba contenere:

- Le motivazioni che hanno condotto alla decisione;
- I tempi e i modi dell'esercizio dei poteri riconosciuti all'affidatario;
- Le modalità attraverso le quali i genitori e gli altri componenti del nucleo familiare possono mantenere i rapporti con il minore;
- L'indicazione del servizio sociale locale cui è attribuita la responsabilità del programma di assistenza;

- L'indicazione del servizio sociale cui è attribuita la vigilanza durante l'affidamento con l'obbligo di tenere costantemente informata l'autorità giudiziaria, attraverso la relazione a cadenza semestrale;
- Il periodo di presumibile durata dell'affidamento. Tale periodo non può superare i ventiquattro mesi ed è prorogabile, dal Tribunale per i minorenni, nel caso in cui l'affidamento rechi pregiudizio al minore.

L'affido familiare dovrebbe quindi garantire che:

- L'affidamento non dev'essere attivato in violazione del diritto costituzionale dei genitori a occuparsi dell'educazione dei propri figli, deve quindi assicurare un intervento giustificato e non improvvisato.
- L'inserimento del minore nella famiglia affidataria non deve far venir meno la responsabilità del servizio sociale ad aiutare la famiglia d'origine ad affrontare le proprie carenze
- Il progetto di affidamento non deve essere improvvisato ma deve tener conto della specifica situazione e delle specifiche esigenze (Ardesi et al., 2008).

Questo modello si presenta molto articolato e la figura dell'assistente sociale ricopre una serie di funzioni, da svolgere in collaborazione con altri professionisti. L'assistente sociale ha, infatti, il compito di connettere i diversi interessi di tutte le parti in gioco e di monitorare l'affidamento: monitorare le condizioni del minore all'interno della famiglia che lo ha accolto, l'evoluzione del percorso di cambiamento della famiglia di origine, l'andamento dei rapporti di tutte le parti coinvolte. Un'altra funzione dell'assistente sociale è quella di accogliere il minore in affido e la selezione di coloro che la offrono.

Questa è una funzione di tipo conoscitiva e valutativa che va fatta in collaborazione con uno psicologo.

Una tipologia di affidamento è l'affidamento a parenti, questa è da considerarsi come opzione primaria, prima però è importante escludere presenza di patologie o problematiche gravi che possono compromettere la capacità dei familiari di offrire al minore un contesto adeguato e di gestire in modo costruttivo le relazioni con i genitori.

Le politiche sociali in favore delle famiglie devono quindi proiettarsi verso un duplice orizzonte: quello preventivo-promozionale, in riferimento alle situazioni comuni, ordinarie, e quello riparativo-contenitivo, in riferimento a situazioni patologiche, emergenziali, di forte disagio.

1.3. Attivazione del servizio sociale

1.3.1. Sulla base di una richiesta spontanea

Si parla di richiesta spontanea quando la richiesta d'aiuto è espressa direttamente ad uno o più membri della famiglia all'assistente sociale di base tramite domanda di aiuto. Essa può essere chiaramente espressa, poco chiara, confusa, più o meno articolata. Le domande di aiuto formulate sono quindi altrettanto varie e articolate. Le diverse tipologie sono:

- Assistenziali
- Supporto nella quotidianità
- Sostegno relazionale
- Interventi in situazioni di urgenza
- Interventi plurimi

Nel primo caso vengono collocate le domande di contributo economico, di integrazione al reddito o per interventi come il reperimento di alloggi a costi contenuti.

Nella seconda tipologia di domande di aiuto rientrano, invece, quelle domande finalizzate a consentire alle famiglie di conciliare il lavoro e il tempo per la crescita dei figli, chiedendo di usufruire di servizi flessibili e a costi contenuti, come: asili nido, scuole materne, interventi di sostegno nei periodi pre e post scuola, nei periodi estivi e così via. Rientrano in questa categoria anche le richieste di aiuto per interventi di sostegno per minori disabili nelle scuole dell'obbligo, accompagnamento da e per la scuola, sostegno nei compiti.

Nella terza categoria rientrano le richieste di informazione da parte di adulti che cercano professionisti o/e servizi ai quali rivolgersi per un sostegno personale. Fanno parte di questa categoria, nello specifico: richieste da parte dei genitori di un aiuto a gestire la relazione con il figlio durante alcune fasi evolutive delicate; richieste da parte dei genitori che si separano e non riescono a rimodellare il nuovo ruolo di genitore, hanno per esempio bisogno di un aiuto per spiegare ai figli la separazione; infine vi sono le richieste che hanno come scopo l'individuazione di strategie adeguate per costruire relazioni sociali di solidarietà, si tratta di genitori con figli diversamente abili, famiglie multiproblematiche, famiglie di stranieri, che hanno in comune l'isolamento sociale.

Si parla, invece, di interventi in situazioni di urgenza quando è necessario dover trovare soluzioni in tempi molto contenuti. Possono essere degli esempi: attivare strategie per minori non accompagnati, donne vittime di violenza e minori in situazioni di grave pericolo. In questi casi, l'assistente sociale deve fare valutazioni puntuali, sia rispetto al problema che alla strategia da attuare, in tempi brevi. Trattandosi di situazioni delicate,

le situazioni stesse possono essere affrontate più agevolmente se l'assistente sociale ha già una buona rete di collaborazione sia con altri servizi che con altri professionisti.

Tra gli interventi plurimi fanno parte due specifiche situazioni: i nuclei famigliari che richiedono contemporaneamente diversi interventi e le famiglie multiproblematiche. Nel primo caso potrebbero, per esempio, presentare domanda di natura assistenziale e di sostegno relazionali, la difficoltà qui è di riuscire a decodificare e individuare i diversi problemi presenti contemporaneamente e creare un ordine di problemi prioritari. Nel secondo caso, è necessario attivare tutti i servizi coinvolti e riuscire a creare la giusta sintonia tra tutte le parti coinvolte, questo può risultare complesso perché diversi servizi possono avere mandati diversi e diversi professionisti (Ardesi et al., 2008).

1.3.2. Attivazione del servizio da parte di terzi

Le richieste di aiuto non arrivano sempre dalle persone direttamente interessate, questo per varie ragioni. In questi casi la richiesta di aiuto può pervenire da persone terze, con questo termine si fa riferimento a persone non legate al minore da vincoli di parentela, persone quindi esterne al nucleo familiare. È ben noto, come detto anche in precedenza, che i minori sono considerati dal diritto soggetti meritevoli di tutela. Nei loro confronti possono essere attivati interventi di protezione laddove i genitori non sono in grado di proteggerli. Il nostro ordinamento prevede una serie di norme che investono la pubblica amministrazione e l'autorità giudiziaria, la protezione potrebbe assumere i caratteri di tutela civilistica, soprattutto in casi in cui i provvedimenti sono a capo del Tribunale per i minorenni, o tutela penale quando il minore potrebbe essere vittima di un reato. A volte, le due dimensioni della tutela potrebbero sovrapporsi.

Per quanto riguarda i provvedimenti civili, l'autorità giudiziaria che se ne occupa è il Tribunale dei minorenni. Le norme stabiliscono l'obbligo da parte dei pubblici ufficiali, come possono esserlo l'assistente sociale e l'insegnante, di segnalare all'autorità giudiziaria situazioni in cui i minori versano in condizioni problematiche. In questi casi va inviata una segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minorenni. Vanno segnalate le circostanze in cui (Ardesi et al., 2008):

- Si venga a conoscenza della situazione di abbandono di un minorenne
- Si venga a conoscenza del rischio di coinvolgimento dei minori in attività criminose
- Si venga a conoscenza di minori che esercitano la prostituzione
- Si abbia notizia dell'ingresso o della presenza di minori stranieri, provi di assistenza in Italia, che sono vittime di reati quali prostituzione, pedopornografia e tratta.
- Si venga a conoscenza della presenza di un minore straniero non accompagnato.

Nel caso in cui vi sia omissione di segnalazione di situazione di abbandono, il pubblico ufficiale può essere punito per omissione d'atti d'ufficio, legge 184/1983 art.70.

Nello specifico, il servizio sociale deve segnalare alla Procura minorile le situazioni in cui:

- Ritenga che l'affidamento familiare debba essere prolungato (art.4, comma 5, legge 184/1983)
- Abbia provveduto a collocare in un luogo sicuro un minorenne materialmente o moralmente abbandonato o allevato in locali o da persone non adatte ai sensi dell'art. 403 c.c.

- Venga a sapere di un pregiudizio grave o di un serio pericolo di pregiudizio per un minore e gli interventi sociali non siano stati sufficienti; perciò, occorre un giudizio che vada ad incidere sulla potestà dei genitori (artt. 330,333,336 c.c.)

Nei casi in cui si parla di provvedimenti penali, “il Codice di procedura penale stabilisce l’obbligo di denuncia per il pubblico ufficiale o l’incaricato di pubblico servizio che, nell’esercizio o a causa delle sue funzioni o del suo servizio, abbia notizia dell’ipotesi di un reato perseguibile d’ufficio (anche quando non sia noto l’autore del reato). Le pene per chi omette o ritarda la denuncia sono previste dagli artt. 361 e 362 c.p.” Gli elementi essenziali necessari ai fini della denuncia, secondo l’art. 332 c.p.p. sono: il giorno dell’acquisizione della notizia; le fonti di prova già note; le generalità della persona a cui è attribuito il fatto; le generalità della persona offesa; le generalità delle persone che sono in grado di riferire sui fatti. In ambito familiare sono procedibili d’ufficio:

- L’abuso dei mezzi di correzione o disciplina (art. 571 c.p.)
- I maltrattamenti in famiglia (art. 572 c.p.)

È possibile che avvenga anche il contrario, che sia quindi l’autorità giudiziaria a coinvolgere il servizio sociale. Il coinvolgimento può avvenire in due fasi: durante la fase istruttoria e/o nell’ambito del provvedimento decisorio. Il rapporto tra i due sistemi si dovrà basare sul rispetto e riconoscimento di competenze e poteri.

Sia che gli operatori si trovino in un contesto spontaneo oppure che agiscano in virtù di un mandato dell’autorità giudiziaria, è necessario che essi abbiano con l’utente un atteggiamento professionale indirizzato all’empatia, alla capacità di ascolto e alla trasparenza, assumendo il ruolo di agenti di cambiamento capaci di cogliere i problemi e di riconoscere quelli affrontabili, favorendo comportamenti più adeguati. Le fasi del

procedimento metodologico (Dotti,2015) dell'assistente sociale hanno le stesse fasi anche in contesti diversi, saranno invece diverse le conoscenze utilizzate in quello specifico contesto, il quadro istituzionale, legislativo, gli strumenti e le tecniche. Può essere così declinato:

- Fase esplorativo-conoscitiva:
- Fase valutativo-progettuale:
- Della verifica:
- Della conclusione (Cellini et al., 2015).

La prima fase, esplorativo-conoscitiva, prende avvio con il primo incontro con il soggetto interessato e il professionista. Durante questo primo incontro, l'assistente sociale ha come obiettivo riuscire a raccogliere elementi che riguardano il motivo del contatto iniziale, le aspettative del soggetto, la natura del problema e le sue caratteristiche, lo stile prevalente utilizzato dal soggetto per fronteggiare compiti e difficoltà, le risorse di quest'ultimo, i significati attribuiti agli eventi e alla stessa iniziativa di chiedere aiuto.

L'azione esplorativa finalizzata, appunto, ad avere informazioni, prosegue durante tutto il processo. La fase conoscitiva è importante per costruire, insieme all'interessato, opportune strategie d'intervento. Intervenire senza un sufficiente grado di conoscenza della situazione può portare a diversi rischi e non deve essere un aspetto sottovalutato, possono infatti interferire diversi fattori:

- La pressione di carichi di lavoro poco sostenibili che portano l'assistente sociale a intervenire con fretta
- L'impostazione managerialista, nella quale l'attività conoscitiva è finalizzata all'accertamento dei requisiti per ottenere le prestazioni

- Le urgenze
- Le resistenze degli interlocutori

La fase valutativo-progettuale presuppone la raccolta e analisi delle informazioni effettuate dall'assistente sociale, in riferimento alla situazione di una persona singola o di una famiglia o di un gruppo o comunità (Raineri, 2005).

Si tratta di valutazione, inoltre, perché l'assistente sociale deve dare un giudizio professionale, basato su conoscenze oggettive, scientifiche e metodologiche.⁴ Vengono poi effettuate, da parte del professionista diverse valutazioni come la valutazione del rischio, valutazione del bisogno, valutazione delle capacità e l'accertamento. Quando si parla di accertamento si riferisce alla raccolta e analisi delle informazioni finalizzata a riconoscere come reale una situazione, relativa a una persona o a una famiglia. Si tratta di un accertamento che avviene attraverso la relazione professionale e mira a cogliere aspetti sia oggettivi che soggettivi, non è un mero aspetto burocratico. La valutazione del rischio, invece, è volta ad accertare che si verifichi un dato intervento tale da compromettere il benessere di una persona, famiglia o gruppo. In questo caso bisogna considerare le situazioni con uno sguardo rivolto al futuro, questo significa considerare anche le situazioni che oggi possono essere soddisfacenti ma che potrebbero far supporre che nel futuro possano compromettere il benessere della persona, famiglia o gruppo. Per quanto riguarda la valutazione del bisogno (Raineri, 2005), si tratta di un processo legato alla globalità che richiede di considerare la persona con le sue necessità nel loro insieme e nelle

⁴Si ricorda, in proposito, l'art. 9 del Codice deontologico: "Nell'esercizio delle proprie funzioni l'assistente sociale, consapevole delle proprie convinzioni e appartenenze personali, non esprime giudizi di valore sulle persone in base ai loro comportamenti".

loro connessioni. La valutazione del bisogno, quindi, prende in considerazione l'intera gamma delle necessità della persona, a livello sia materiale sia dell'autorealizzazione personale. Per queste ragioni, è molto importante tenere presente i diversi tipi di bisogno:

- Definito dal professionista
- Percepito dall'interessato
- Espresso

La valutazione delle capacità (Raineri, 2005) è un punto molto importante proprio perché il servizio sociale si basa sulla promozione delle capacità individuali. La definizione di un progetto di cambiamento che comprende l'individuazione di obiettivi, è il risultato di un processo di valutazione. Nel momento in cui la valutazione sfocia in un progetto, si parla di valutazione operativa.

Il risultato del processo di valutazione porta alla definizione di un progetto di cambiamento che comprende l'individuazione di obiettivi.

La conclusione del processo metodologico può avvenire in diversi modi. Il termine può essere predefinito fin dall'inizio del procedimento o può avere una presa in carico a tempo indefinito. Un esempio del primo caso è una situazione legata al settore penitenziario, in questo caso la fine è predeterminata dall'autorità giudiziaria, in quanto la durata dell'intervento coincide con la durata della pena da scontare. Il secondo caso, invece, è ricollegabile a casi di abuso di sostanze stupefacenti o alcol in stato avanzato con una grave compromissione psico-fisica, per cui è complicato definire a priori una fine rispetto all'intervento. Una situazione particolare di conclusione è quella di passaggio del caso, che rappresenta un cambio di persona di

riferimento per la persona in carico (Cellini et al., 2015). Un'ulteriore differenza vi è tra la conclusione scelta dalla persona in carico e la conclusione concordata tra la persona e l'assistente sociale. (De Robertis, 1986). Nel primo caso, infatti, è la persona a decidere di non collaborare più con l'assistente sociale e questa scelta va rispettata. Diventa chiaro che in un caso come questo l'assistente sociale dovrà necessariamente interrogarsi sulle motivazioni che hanno spinto la persona ad abbandonare il percorso intrapreso. In sostanza, concludere vuol dire portare a termine il progetto condiviso precedentemente, non è la risoluzione del caso (Ferrario, 1996). La conclusione può essere anche ostacolata da diversi fattori. Un primo elemento può essere collegato a problemi relativi alle fasi precedenti rispetto al procedimento metodologico, come ad esempio: analisi della domanda carente, definizione di obiettivi molto ampi, o in cui non si sono definiti i tempi. Un'altra difficoltà che può presentarsi è la complessità della situazione e il suo carattere multiproblematico, non adeguatamente affrontato a causa di mancanza di risorse; in questo caso, è necessario riconsiderare e ridefinire il progetto e attuare ulteriori o diversi interventi (Ferrario, 1996). Nella fase di conclusione del procedimento si riconosce se l'obiettivo o gli obiettivi precedentemente definiti sono stati raggiunti. Da qui l'importanza della verifica, andare proprio a vedere se gli obiettivi sono stati raggiunti o meno (Campanini, 2006).

Alla luce di quanto detto, è utile analizzare cosa si intende per genitorialità, andando poi successivamente ad affrontare e ad analizzare quelli che possono essere degli strumenti utili per orientare l'operatore verso una valutazione del parenting e l'individuazione della presenza o meno di situazioni di pregiudizio per i figli (Bornstein, 1991).

Si può ritenere che un concetto di idoneità genitoriale si possa rintracciare nella capacità dei genitori di rispondere ai bisogni e alle necessità dei figli, attingendo dalle proprie risorse personali, in modo da garantirne un corretto sviluppo psico-fisico, affettivo e sociale (Guttentag, 2006).

In conclusione, è possibile inoltre considerare le competenze genitoriali come un insieme composto da tre funzioni (Camarda et al., 2013):

-Funzioni di base: abitazione, alimentazione, accudimento, attenzione al pericolo.

-Funzioni relazionali: presenza, condivisione, affettività, educazione, socialità, rispetto intergenerazionale.

- Funzioni psichiche: consapevolezza dei ruoli, comprensione empatica, promozione dello sviluppo, gestione dei conflitti.

1.4. Ricerche empiriche

L'interesse per i giovani caregiver di genitori con disturbi mentali è un tema poco presente nella ricerca, o meglio, le ricerche presenti sono di raggio più ampio. È possibile trovare il tema dei caregiver familiari, dei loro bisogni e di cosa sarebbe possibile mettere in atto per diminuire lo stress correlato al lavoro di cura. Per queste ragioni, le ricerche da me prese in considerazione ai fini della mia personale ricerca, si dividono essenzialmente in due categorie. Nella prima categoria ho inserito le ricerche che si concentrano sulla figura del caregiver familiare, sui suoi bisogni e strumenti d'azione; nella seconda categoria ho inserito le ricerche sui bisogni e stati d'animo dei figli di genitori con disturbi mentali.

In particolare, A. Tognetti (2015) ha indagato le problematiche che il caregiver si trova ad affrontare nelle diverse fasi della malattia, nello specifico si è occupata della demenza.

Dall'analisi è emerso che i cambiamenti imposti dalla progressione della malattia pongono diversi problemi sia da un punto di vista pratico e organizzativo che da un punto di vista emozionale. L'analisi è stata condotta attraverso l'osservazione di situazioni che si sono presentate all'ospedale S. Eugenio di Roma, ASL Roma C. Dal lavoro di ricerca è emerso che diventa molto importante sostenere chi sostiene, per tutto il corso della malattia. Inoltre, l'attenzione posta ai processi diagnostici, terapeutici e assistenziali in senso stretto, non deve far dimenticare l'attenzione alla cura, ovvero alla comprensione dei bisogni e del dolore di chi è malato e di chi se ne fa carico.

Sulla stessa linea, C. K. Hunt (2010) ha condotto uno studio sui caregiver con lo scopo di delineare gli effetti del lavoro di cura sui caregiver familiari. Per lo studio è stata effettuata una ricerca bibliografica attraverso alcuni database, quali: CINAHL, MEDLINE E PsYNFO, fino alla metà del 2002. Dall'analisi è emerso che tra i concetti negativi sono emersi: fastidi, tensione, stress. I concetti positivi, invece, includevano: stima del caregiver, soddisfazione, guadagno nell'esperienza. In conclusione, secondo lo studio, si dovrebbe prestare maggiore attenzione a diverse caratteristiche dei caregiver, ovvero: differenza di genere e cultura, sviluppo di interventi flessibili, caratteristiche bio-fisiche.

Anche il Dr. Adelman et al. (2014) hanno condotto un'indagine avente come scopo quello di delineare l'epidemiologia dell'onere del caregiver, fornire le strategie per diagnosticare, valutare e intervenire sul "peso" del lavoro di cura; valutare gli interventi indirizzati ad alleviare l'onere del caregiver e il relativo disagio. Per l'analisi è stata effettuata una revisione della letteratura attraverso dei database, quali: MEDLINE, AGELine e COCHRane Library. Dallo studio è emerso che i fattori di rischio per l'onere del lavoro di cura includono: sesso femminile, basso livello di istruzione, residenza con il destinatario dell'assistenza, maggior numero di ore trascorse a prendersi cura del

paziente, depressione, isolamento sociale, problemi economici, mancanza di scelta nel ricoprire il ruolo di caregiver. È inoltre emerso che una varietà di interventi psicosociali e farmacologici hanno portato ad un miglioramento nei sintomi associati al carico del caregiver (ese. umore, coping, autoefficacia).

Gli studiosi hanno concluso che è responsabilità dei medici riconoscere l'onere dei caregiver e che il loro intervento dovrebbe essere adattato alle circostanze e ai contesti in cui il caregiver è inserito.

Troviamo, inoltre, lo studio di Lauren G. et al. (2011), i quali hanno indagato le caratteristiche psico-sociali dei caregiver, le conseguenze del lavoro di cura e i bisogni dei caregiver. Anche in questo studio è emerso che il lavoro di cura è associato a stress, problemi finanziari e fisici. Essi evidenziano che i medici di base possono aiutare nell'identificazione e nel supporto dei caregiver: i caregiver, infatti, dovrebbero essere indirizzati verso risorse appropriate per il supporto, comprese le organizzazioni nazionali e locali, siti web e cure di sollievo. Aiuta a ridurre il carico del lavoro di cura una giusta informazione e formazione e un supporto in grado di alleviare stress e depressione.

Lo studio di L. Moroni et al. (2008), ha, invece, avuto come scopo dimostrare la validità del CNA, acronimo di Caregiver Needs Assessment, costruito per indagare i bisogni relativi all'assistenza percepiti dai caregiver di pazienti con elevata disabilità. Il CNA è stato somministrato a 226 familiari caregiver e dall'analisi sono emerse due tipologie di bisogni predominanti: "bisogni di supporto emotivo e sociale", "bisogni di informazioni e comunicazione". Perciò, anche questo studio, sottolinea l'importanza del supporto verso i caregiver familiari.

Il contributo di Decataldo e Limongelli (2021), utilizzando la definizione di young caregiver proposta da Becker (2007), presenta gli esiti di una ricerca sul lavoro domestico e di cura svolto da young caregiver e basata su un approfondimento empirico condotto su 424 studenti delle classi terze delle scuole secondarie di primo grado frequentanti cinque scuole milanesi. L'indagine è stata realizzata prima tramite un questionario e in un secondo momento attraverso focus group con gli adolescenti con maggiori carichi di cura nei confronti dei loro familiari, più esposti a processi di vulnerabilità e a impatti negativi sulla propria esistenza. Nell'articolo si testano alcune delle ipotesi presenti nella letteratura internazionale circa la prevalenza, le motivazioni, i fattori di contesto delle diverse forme di cura prestate dagli adolescenti, perlopiù confermandole anche per il caso italiano.

L'articolo di Finelli (2008) si incentra invece sul vissuto di bambini e adolescenti coinvolti nella cura di un familiare di riferimento malato di cancro, restituendo le loro narrazioni e analizzandole come dispositivi utili a comprendere il nesso tra dimensioni microsociologiche e implicazioni sociali (Bury 1991). Dopo una prima ricognizione delle problematiche affrontate dai giovanissimi caregivers, effettuata tramite interviste semi-strutturate e interlocutori privilegiati operanti nei servizi sociosanitari e educativi, l'autore ha condotto 16 interviste in profondità a giovani dai 13 ai 26 anni che hanno un etero vissuto di malattia oncologica in minore età. La «scena di cura» viene analizzata distinguendo le forme di supporto emotivo e supporto pratico da loro fornite; successivamente vengono illustrati e analizzati sia gli effetti di breve e medio periodo, sia quelli di più lungo periodo di tale esperienza, così come le loro interrelazioni.

CAP. 2: PROGETTI DI SOSTEGNO AI FIGLI CAREGIVER

2.1. COMIP: Istituzione ed evoluzione del servizio

L'Associazione Comip (Children of Mentally Ill Parents) è un'associazione di Promozione Sociale, la prima in Italia creata da e per figli di genitori con disturbo mentale. L'Associazione è stata istituita negli ultimi anni ma fin da subito è stata un valido aiuto per tutti coloro che si trovano ad affrontare situazioni di questo tipo. Nasce dall'unione e dall'idea di Stefania, Gaia e Marco, che sulla scia di associazioni internazionali, hanno pensato di dare lo stesso aiuto anche nella realtà italiana (COMIP,2017).

Stefania Buoni è la co-fondatrice dell'Associazione Comip, nasce nel 1980 a Roma e nel 2010 inizia ad occuparsi di salute mentale e prevenzione, nello specifico della tematica COPMI – Children of Parents with a Mental Illness, i Figli di Genitori con un Disturbo Mentale. Sul web conosce altri figli in gruppi in Canada, Australia e Stati Uniti e con loro nel 2012 è relatrice a Vancouver, in Canada, ad un'importante conferenza sul tema. In Italia non era presente nessuna associazione istituita da e per i figli di genitori con disturbo mentale, in linea con quanto fatto da altri paesi, Stefania Buoni nel 2011 crea la prima community italiana di Figli di genitori con disturbo mentale, ovvero un gruppo di auto mutuo aiuto ancora oggi presente e di fondamentale importanza. Il 20 novembre 2017, insieme a Gaia, Carlo e Marco fonda COMIP – CHILDREN OF MENTALLY ILL PARENTS, la prima associazione italiana creata da e per i figli di genitori con un disturbo psichico. Nel 2018 pubblica il suo primo libro: “Quando Mamma O Papà Hanno Qualcosa Che Non Va – miniguia alla sopravvivenza per figli di genitori con un disturbo mentale”, che distribuisce grazie al crowdfunding.

Gaia Cusini ha 29 anni, è nata e cresciuta a Mantova. Ha conseguito la Laurea triennale in Scienze dell'Educazione e la Laurea magistrale in Scienze Pedagogiche presso l'Università degli Studi di Verona. Ha frequentato un corso di aggiornamento universitario della durata di un anno in letteratura per l'infanzia. Crede fermamente nella forza del cambiamento da costruire in piccoli passi. Ha scritto il libro "Un dolore nascosto", il quale raccoglie un'approfondita ricerca, per diventare voce del dolore nascosto dei figli di genitori con disturbo mentale, contestualizzarlo in un quadro teorico e sciogliere il tabù che riguarda il vissuto dei figli, caregiver e non. L'obiettivo primario del libro è sovvertire il pregiudizio che risiede soprattutto sul concetto di rischio e di trasmissione intergenerazionale della malattia, puntando invece sullo sviluppo della resilienza, delle caratteristiche positive che emergono se sostenute e messe in luce. Questo libro è un utile strumento di riflessione per tutti i professionisti del lavoro di cura, quali: psicologi, assistenti sociali, insegnanti, pedagogisti, pediatri, educatori, psichiatri.

Marco Fiore nasce nel 1974 a Roma, ha sin da subito la propensione ad aiutare gli altri. Marco ricopre all'interno dell'associazione il ruolo di tesoriere.

Gli obiettivi dell'Associazione possono essere così esplicitati:

- Contribuire a far luce su questo fenomeno che in Italia non ha ancora il giusto spazio
- Dare la possibilità ai giovani caregiver figli di genitori con disturbo mentale un ruolo da attivo
- Dare ai giovani caregiver una voce istituzionale affinché possano essere attivi anche nei confronti delle istituzioni
- Promuovere e favorire la prevenzione nella salute mentale

- Lottare contro lo stigma sociale
- Promuovere e favorire il benessere psicofisico e materiale dei giovani caregiver e delle loro famiglie
- Particolare attenzione nei confronti di giovani caregiver figli di genitori che non sono in trattamento e/o rifiutano le cure e che, quindi, sono ancora più invisibili e a rischio di non ricevere alcun supporto (Buoni, 2018).

Si tratta di un tema molto delicato che molte volte lascia i giovani caregiver nell'ombra, i quali non hanno gli strumenti per esprimersi e che è un vero e proprio tabù. L'idea di fondo dell'Associazione è non lasciare nulla di non espresso, anzi, al contrario, restituire la parola al non detto, al rimosso, a ciò che spesso è tenuto nascosto, per giungere ad un cambiamento positivo. Nel rispetto della privacy di ciascuno, desiderano condividere storie, emozioni, paure e bisogni di chi ha uno o entrambi i genitori affetti da una malattia mentale. Desiderano, inoltre, farlo insieme. Per non lasciarsi soli e per riconoscersi gli uni negli altri, sapendo che ogni storia è unica e preziosa. La sensazione di essere soli può essere diffusa, portando a non parlarne e a chiudersi in sé stessi. Creando spazi sicuri, invece, si dà la possibilità ai giovani caregiver di affrontare al meglio la situazione, riuscendo a reagire positivamente senza pensare di essere gli unici e soli a dover affrontare tutto. Ecco perché è importante diventare agenti attivi di cambiamento. Per costruire un futuro migliore per i giovani caregiver e le loro famiglie. Per sensibilizzare, informare, prevenire. Per combattere lo stigma e la vergogna. Per chiedere che di questi disturbi si parli in modo costruttivo, positivo e propositivo.

L'Associazione nel corso degli anni è riuscita a raggiungere sempre più persone sia tra coloro che si riconoscono nel ruolo di giovani caregiver, chi lo è stato in passato

ma anche da parte di sostenitori che non vivono direttamente il ruolo di caregiver. Ad oggi, il gruppo di auto mutuo aiuto ha raggiunto i 470 iscritti, la pagina ufficiale conta 4248 persone.⁵

2.1.1. Attività e prestazioni

L'Associazione è impegnata in diverse attività che possono essere così raggruppate:

- Un gruppo a livello nazionale di auto mutuo aiuto online riservato ai giovani caregiver figli di genitori con disturbo mentale
- Advocacy e system change attraverso contatti con istituzioni e policy makers
- Informazione e sensibilizzazione
- Collaborazioni con partner nazionale e internazionali per iniziative di supporto ai giovani caregiver (COMIP, 2017).

L'Associazione è impegnata in progetti di informazione e sensibilizzazione per arrivare nelle piazze, nelle scuole, nelle biblioteche, nelle università, nei festival dedicati ai giovani e alla cultura, ovunque si possa raggiungere tutta la cittadinanza, non soltanto chi è toccato direttamente dalla problematica. Un esempio è il progetto “Quando mamma e papà hanno qualcosa che non va”, grazie al quale incontrano studenti e insegnanti in tutta Italia per parlare di salute mentale e prevenzione, in modalità interattiva e coinvolgente. Durante gli incontri vengono raccontate le storie di giovani caregiver, avvalendosi anche di estratti di film e letteratura. Il progetto prende il nome dall'omonimo libro scritto da Stefania Buoni, una mini-guida alla sopravvivenza per i figli di genitori con disturbi mentali. Il libro, infatti, contiene al suo interno consigli sia nella quotidianità, in momenti di emergenza e dopo il ricovero del proprio genitore. Inoltre, all'interno del libro vengono

⁵ Dato raccolto dalla pagina Facebook gestita dal COMIP.

spiegati i disturbi mentali maggiormente diffusi e complessi, quali depressione maggiore, disturbo bipolare e schizofrenia. Il fulcro resta quello di incoraggiare i giovani caregiver a non rimanere nel silenzio e a condividere le proprie storie per giungere alla consapevolezza di non essere soli.

L'Associazione COMIP ha partecipato al meeting del Parlamento europeo "young carers-challenges and solutions" (2020). I giovani caregiver, ovvero i minori con responsabilità di cura, non compaiono ancora legalmente sull'agenda delle politiche nazionali o europee. Fortunatamente, negli ultimi anni, i giovani caregiver sono stati soggetti di ricerche nazionali ed europee che ne hanno evidenziato i bisogni. L'obiettivo del meeting è quello di:

- Evidenziare la situazione dei giovani caregiver (minori con responsabilità di cura),
- Sottolineare i loro bisogni e le sfide che affrontano,
- Avanzare raccomandazioni su come rispondere a questi bisogni,
- Esplorare possibilità per un'azione in ambito UE per assicurare politiche attente ai giovani caregiver a tutti i livelli.

Piccoli passi che porteranno ad una sempre maggiore consapevolezza del tema non solamente a livello nazionale. Solamente in questo modo sarà possibile adoperare i servizi verso una sempre maggiore tutela dei giovani caregiver e di interventi mirati ed efficienti.

Tra gli interventi pubblici dell'Associazione Comip è bene citare la partecipazione di Stefania Buoni al TEDX di Napoli (2020). Durante l'incontro Stefania Buoni con il suo intervento ha voluto portare la propria esperienza di caregiver, mettendosi a nudo su

emozioni e sensazioni provate. Uno dei fulcri del discorso è stato lo stigma che molto spesso è presente nei confronti dei giovani caregiver, facendo appunto riferimento alla salute mentale non ancora riconosciuta socialmente al pari della salute fisica. Le due, infatti, sono viste in maniera molto diversa e la salute mentale porta con sé dei retaggi antichi che nulla hanno a che vedere con la realtà dei fatti e con la scienza. Uno dei principali argomenti è proprio quello di paragonare il figlio al genitore, come se dovesse necessariamente sviluppare un disturbo mentale. Lo stigma crea problemi al giovane caregiver a vari livelli, può creare stati di ansia, isolamento, rabbia ma scatenare anche episodi di bullismo da parte degli altri giovani che potrebbero vedere nel genitore dei comportamenti strani e non congruenti con ciò che è socialmente accettato. Questo incontro ha voluto mettere in luce cosa significa essere un giovane caregiver e il bisogno di rendere queste figure presenti a livello normativo e sociale.

Fra le attività dell'associazione COMIP vi è "Figli di Persone con un Disturbo Mentale", il primo gruppo di auto mutuo aiuto italiano online dedicato ai figli di genitori affetti da una patologia psichiatrica. È stato creato su Facebook da Stefania Buoni, fondatrice e presidente di COMIP, "CHILDREN OF MENTALLY ILL PARENTS – Associazione di Promozione Sociale". Nasce nel maggio del 2011 sull'esempio di altri gruppi internazionali (Stati Uniti, Canada, Olanda e Australia) creati per offrire uno spazio di confronto e di supporto tra pari dedicato ai caregiver e giovani caregiver figli di genitori affetti da malattia mentale, in particolar modo patologie gravi come il disturbo bipolare, la schizofrenia e la depressione maggiore. Ad oggi conta oltre 300 iscritti da tutta Italia, dai 14 ai 55 anni circa. È gestito su base volontaria da Stefania insieme ad altre quattro valide amministratrici, che ne garantiscono il corretto funzionamento. Grazie a questo

gruppo tanti caregiver hanno la possibilità di confrontarsi e darsi un concreto aiuto reciproco, in queste situazioni poter parlare e sentirsi capiti è fondamentale.

La storia di ogni caregiver e giovane caregiver figlio/a di un genitore che soffre di un disagio mentale è diversa, pur presentando tratti in comune. Alcuni hanno vissuto o vivono anche esperienze positive con il proprio genitore malato e hanno avuto o hanno, nonostante tutto, una famiglia amorevole. Altri hanno vissuto o vivono soltanto esperienze negative e, nei casi più gravi, anche violente (psicologicamente e/o fisicamente) ed estremamente traumatiche.

IL GRUPPO È NATO PER:

- avere uno spazio in cui condividere esperienze, stati d'animo e opinioni, e poterci offrire reciprocamente sostegno e supporto
- divulgare informazioni e notizie riguardanti i caregiver e giovani caregiver figli di persone con un disagio psichico ed i genitori affetti da una malattia mentale
- lavorare, insieme, per uscire dall'invisibilità e portare all'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni l'urgenza di mettere la famiglia al centro del percorso terapeutico e di predisporre un adeguato sostegno per i figli di coloro che vivono una condizione di sofferenza mentale, specialmente se minori (Buoni, 2018).

Si tratta di un gruppo segreto, con questo termine si fa riferimento al fatto che i post e tutti contenuti del gruppo sono visibili esclusivamente ai partecipanti del gruppo stesso e non possono essere visti dagli altri contatti su Facebook. Un'ulteriore garanzia per il

rispetto della privacy è rappresentata dal fatto che i contatti su Facebook non possono nemmeno vedere che sono iscritti al gruppo segreto, né Facebook potrà rendere nota ad altri la loro iscrizione tramite annunci promozionali. Vista la delicatezza del tema, all'interno del gruppo si è scelto di non ammettere operatori, familiari e genitori che soffrono di un disturbo mentale, essi possono far riferimento alla pagina Facebook e al sito Comip.

3.2 Altri progetti

Il progetto Semola nasce a Milano nel 2013 per essere una valida risposta alla preoccupazione per la trasmissibilità della malattia mentale da generazione a generazione, per interrompere questa catena al fine di prevenire l'insorgere di sintomi psicosociali e disturbi ansioso-depressivi nei minori. Gli interventi sono tesi a portare a consapevolezza il problema della genitorialità, a fare luce sulle dinamiche familiari, ad accrescere l'autostima degli adulti e dei minori, a migliorare la comunicazione intrafamiliare e a sviluppare competenze e strategie di *coping*. Da un punto di vista più operativo la metodologia adottata prevede la possibilità per genitori e figli di usufruire di spazi di parola monofamiliare strutturati (Associazione onlus contatto, 2014).

Gli interventi hanno come scopo far prendere consapevolezza delle dinamiche familiari, a migliorare la comunicazione intrafamiliare e a far sviluppare competenze e strategie per far fronte alle difficoltà, per prevenire il rischio nei minori di sviluppare a loro volta un disturbo mentale. Il progetto si propone anche di sviluppare conoscenza, sensibilità e competenze specifiche all'interno di servizi di salute mentale e di altri servizi per la famiglia e il minore sul territorio.

Nella sua prima edizione (2013-14) il progetto è stato finanziato dal Comune di Milano, Settore Servizi per i Minori e per le Famiglie, con Fondi ex L. 285/'97. Si è svolto in collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale degli Ospedali Niguarda Ca' Granda e San Carlo Borromeo, rispettivamente nei Centri Psicosociali di via Litta Modignani e di via Soderini e con l'Associazione di familiari La Tartavela.

Per il biennio 2017-19 il progetto è stato finanziato dalla Fondazione Cariplo e si è svolto in partnership con l'ASST Niguarda, nei Centri Psicosociali di via Litta Modignani, via Girola e C.so Plebisciti, dove tuttora è attivo.

Il progetto Itaca Onlus è una Fondazione che ha come obiettivo la promozione di programmi di informazione, supporto e riabilitazione rivolti a persone affetti da disturbi mentali e alle loro famiglie. Nello specifico, la Fondazione si impegna per la sensibilizzazione della comunità per superare lo stigma e il pregiudizio che molto spesso riguardano sia chi ha un disturbo mentale che le famiglie, in particolar modo i figli. Inoltre, sostiene le persone con disturbi mentali e le loro famiglie nel percorso di recupero del benessere, anche attraverso la prevenzione e l'orientamento alla cura. Gli obiettivi della Fondazione possono essere così riassunti:

- Sensibilizzare la comunità per superare lo stigma e il pregiudizio
- Formazione di diverse fasce d'età riguardo l'insorgenza delle malattie mentali in modo chiaro
- Favorire il percorso di diagnosi e delle cure, offrendo ascolto attivo e aiuto per il recupero delle proprie capacità e, più in generale, della propria vita
- Potenziare le abilità e le risorse personali per l'inclusione sociale

Il progetto Itaca si basa, principalmente sul volontariato e sulla gratuità dei servizi, grazie al lavoro in team di persone che mettono a disposizione la propria passione e positività. Per queste ragioni è fondamentale la formazione continua che ha come fulcro proprio l'ascolto non giudicante ma comprensivo e supporto.

La Fondazione è impegnata in diverse attività di informazione e prevenzione. In primis è possibile contattare un numero a copertura nazionale, quale 800274274/0229007166 per avere ascolto attivo, rivolto a persone con disturbi mentali, come, ad esempio, depressione, ansia, attacchi di panico, Psicosi e per i loro familiari. È stato pensato per cambiare il rapporto con la sofferenza e rompere la barriera di silenzio che ruota intorno a queste situazioni, per uscire dall'isolamento e sensi di colpa. Per la linea di ascolto vengono effettuati corsi di formazione per volontari. Il corso è gratuito e a numero limitato. Per essere ammessi al corso è necessario prendere un appuntamento per un colloquio conoscitivo e di selezione individuale. Il progetto è attivo nelle città di: Torino, Milano, Parma, Genova, Firenze, Roma, Napoli, Palermo. Un ulteriore corso organizzato dalla Fondazione prende il nome di NAMI (National Alliance on Mental Illness), si fonda sulla valorizzazione del supporto tra pari ed è rivolto ai familiari di persone con disturbi mentali. Il corso è gratuito e composto da 8 incontri, tenuti non da insegnanti professionisti ma da familiari che a loro volta hanno seguito una formazione specifica. Il corso include:

- Informazione su psicosi, schizofrenia, depressione maggiore, disturbo bipolare, attacchi di panico, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di personalità borderline-
- Informazione su farmaci e effetti degli stessi

- Aggiornamenti su ricerche scientifiche in corso
- Diventare empatici attraverso l'ascolto del vissuto altrui
- Gruppi di lavoro su tecniche di problem solving, ascolto e comunicazione
- Strategie per gestire le ricadute e le crisi
- Particolare attenzione ai familiari che possono sviluppare: ansia, paure, stress, sovraccarico emozionale
- Aiuto nel localizzare i servizi nella propria comunità.

Il progetto è attivo nelle città di: Torino, Milano, Padova, Parma, Genova, Firenze, Roma, Napoli, Catanzaro, Palermo.

Altresì, è presente il progetto di prevenzione nelle scuole, fin da 2001, per interventi di informazione e sensibilizzazione nelle scuole Medie Superiori destinati a studenti, insegnanti e genitori. Questo progetto ha come scopo informare in modo chiaro e scientifico riguardo i disturbi mentali, sottolineando la differenza tra disagio giovanile e patologia; porre l'accento sui fattori di rischio; combattere il pregiudizio e lo stigma sociale. Durante questi incontri si parla di: disturbi d'ansia, disturbi psicotico, disturbi dell'umore, disturbi del comportamento alimentare, come chiedere aiuto. Il progetto è presente nelle città di: Torino, Milano, Asti, Parma, Genova, Roma, Napoli.

È attivo anche il Corso Provider, il primo corso in Italia dedicato agli operatori della salute mentale, organizzato e gestito da volontari, nello specifico due persone che hanno esperienza diretta della malattia, due familiari di persone con disturbo mentale e un operatore dei servizi con esperienza diretta.

La Fondazione è impegnata anche in attività di supporto e riabilitazione. Di questa categoria fa parte il Club Itaca, un centro per lo sviluppo dell'autonomia socio-lavorativa di persone con disturbo mentale. Il progetto è nato nel 2005 ed è il primo ad aver realizzato il modello di integrazione sociale "Clubhouse", che sostiene che le persone affette da disagio mentale hanno il diritto di integrarsi nella società, di realizzarsi nel lavoro, di avere amici e essere felici. Nello specifico, la Clubhouse è una struttura diurna, gestita, appunto, con la formula del club, costituita da soci che si impegnano all'interno di una unità di recupero. Tutte le finalità poste in essere hanno come scopo il recupero del ritmo di vita e la sicurezza in sé. I partecipanti non vengono visti come pazienti ma come soci che sviluppano le proprie capacità sociali e abilità specifiche al fine di accrescere la propria autonomia e quando possibile, affrontano un lavoro in azienda. Non sono previsti programmi terapeutici. Le città dove è presente il progetto sono: Torino, Milano, Parma, Firenze, Roma, Napoli, Palermo.

Sono presenti centri di smart working per la disabilità psichica, fondati sul principio del lavoro a distanza. Si tratta di luoghi accoglienti, nei quali le persone con disturbi mentali possono lavorare serenamente, supportati da tutor esperti. È una soluzione che mira a massimizzare la produttività riducendo al minimo il rischio di insuccesso nell'inserimento. Il progetto è attivo nelle città di: Monza, Milano e Pavia.

Molto importanti sono i gruppi di auto aiuto, si tratta di piccoli gruppi di persone che hanno in comune l'esperienza del disagio psichico, sia direttamente che indirettamente come familiari. Lo scopo di questi gruppi è di superare l'isolamento e la solitudine, mettendo in contatto le persone e aumentare la fiducia in sé e negli altri.

In questo modo è possibile conoscere meglio come affrontare la malattia mentale e i servizi sul territorio, e come affrontare i momenti di negatività. È possibile, in questo modo, creare una rete di solidarietà, migliorando la qualità della vita.

Infine, fanno parte del progetto Itaca i percorsi di autonomia abitativa per persone con disturbi mentali. Prende il nome di “Rotta verso casa”, proprio perché consente a chi si trova in una situazione di fragilità di avere un ambiente proprio e accogliente dove vivere e dove sviluppare la propria identità. Il progetto offre:

- Percorsi abitativi in appartamento a Milano in condivisione, con camera singola
- Esperienze progettuali brevi per sperimentare le proprie autonomie di vita
- Tutor educativi specializzati
- Coordinamento del progetto individuale con la famiglia, la rete di cura e i servizi territoriali
- Colloqui informativi e consulenze progettuali del Dopo (Progetto Itaca, 2018).

Il progetto, appunto, è attivo nella città di Milano.

Il progetto Epyc, Empowering Professionals to support Young Carers, ha lo scopo di supportare i professionisti che si occupano dei giovani caregiver. Tutto ciò viene fatto fornendo ai giovani caregiver gli strumenti efficaci per identificarli, valutare la loro situazione ed elaborare piani di intervento adeguati alle varie situazioni. Fanno parte del progetto non solo professionisti italiani ma provenienti anche da altre parti del mondo, quali Austria, Germania, Irlanda e Scozia. Infatti, i partner aderenti al progetto sono: la

Cooperativa Anziani e non solo di Carpi (MO), L'Istituto Professionale Versari Macrelli di Cesena, la Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. di Berlino, la Care Alliance Ireland di Dublino, l'organizzazione britannica Carers Trust e la Austrian Red Cross di Vienna. Gli strumenti utilizzati per supportare i giovani ragazzi includono i questionari, interviste motivazionali, checklist, guide per l'accesso ai servizi etc. Ogni partner sperimenta una tipologia di strumento all'interno di interventi pilota. Gli interventi vengono differenziati in base al contesto locale, ad esempio in Germania, Austria e Irlanda verranno creati peer group in collaborazione con alcune scuole, in Scozia verranno promossi esempi di buone pratiche tra i servizi dedicati ai giovani caregiver per informare più istituzioni scolastiche, in Italia la sperimentazione coinvolgerà un istituto professionale di Cesena e giovani caregiver utenti di servizi socio-sanitari ed educativi del territorio, al fine di verificare l'efficacia degli strumenti individuati in due gruppi simili per età ma differenti per contesto educativo. Queste esperienze pilota costituiranno la base per l'elaborazione di un manuale di linee guida per supportare i giovani caregiver.”

Il progetto, inoltre, mira a far migliorare le capacità dei professionisti di identificare i giovani caregiver, potranno confrontarsi con altre esperienze di successo e sviluppare una maggiore consapevolezza sul ruolo dei caregiver (Epyc, n.d.).

Il “progetto “Educare alla Cura”, rivolto a studenti e docenti dell'istituto Nazareno di Carpi. Lo scopo del progetto è quello di attivare interventi di sensibilizzazione e di informazione nel contesto educativo, in quanto luogo privilegiato dove poter lavorare con questi ragazzi. Il lavoro è indirizzato verso due fronti, quello degli insegnanti e degli educatori e quello dei ragazzi. Il lavoro sul primo fronte risulta importante poiché se gli insegnanti e gli educatori sono formati in modo adeguato, essi hanno la possibilità di svolgere un ruolo fondamentale sia per l'identificazione precoce, che per il supporto verso

un'armonizzazione tra la cura, la scuola e la vita sociale. Il progetto prevede dei laboratori di informazione e sensibilizzazione per i docenti, e prevede: 1 incontro di 3 ore sul tema del caregiving familiare riferito ai giovani studenti, su come riconoscerli e l'impatto che questa attività di cura può sulla loro vita e sul loro percorso di formazione. Successivamente sono previsti; 1 incontro di follow up della durata di 2 ore da svolgersi 2 o 3 settimane dopo l'incontro precedente, e un secondo incontro con lo scopo di raccogliere i riscontri su quanto appreso dai partecipanti e di renderli parte attiva nel progettare l'incontro rivolto agli studenti. Il laboratorio per gli studenti (rivolto a ragazzi dai 12 anni in su) è volto ad evidenziare il significato e l'impatto della responsabilità di cura, esso mira a favorire l'autoidentificazione dei giovani caregiver e si prefigge l'obiettivo di sviluppare l'empatia degli altri studenti verso i loro compagni che si fanno carico della cura. Il percorso prevede 2 incontri: nel primo viene affrontato il tema della cura; cos'è, cosa significa prendersi cura e quali sono le conseguenze positive e negative che ne possono derivare. Il secondo incontro ha lo scopo di fare mettere gli studenti nei panni di un giovane caregiver e di farli riflettere su come possono aiutare un amico o un compagno che si fa carico di responsabilità di cura. Inoltre, all'interno dell'istituto viene utilizzata, al momento dell'iscrizione, la scala MACA-YC42 (Multidimensional Assesment of Caring Activities). Questa scala consta in un questionario volto a valutare l'eventuale carico di cura dei ragazzi, la scuola poi si confronta con le famiglie in relazione alle singole situazioni. In relazione al contesto scolastico, l'Istituto Versari Macrelli di Cesena, in continuità con il progetto Epyc ed in collaborazione con la cooperativa "anziani e non solo", è stata la prima scuola d'Italia a riconoscere la figura del giovane caregiver, prevedendo supporti adeguati a questa figura. Gli studenti hanno la possibilità di usufruire di un piano didattico personalizzato, che si concretizza in: -

Interrogazioni programmate; -Possibilità di fissare degli obiettivi minimi per determinate materie di studio; -Opportunità di recuperare verifiche saltate; -Potere contare su compagni di classe che gli possono trasmettere i compiti; -Potere derogare al limite massimo di assenze da scuola, consentendogli così di non perdere l'anno scolastico (Giovani caregiver, n.d.).

3.2.1 Progetti internazionali

Tra i progetti internazionali troviamo COPMI (Children of Parents of Mental Illness), si tratta della prima iniziativa nel mondo interamente dedicata a supporto, informazione e prevenzione nei confronti dei figli di genitori con disturbo psichico ed i loro genitori. Il progetto è nato nel 2001 e comprende un sito dedicato, un programma di informazione e formazione di professionisti che si occupano di salute mentale e una consulenza e coordinamento per favorire il cambiamento nelle istituzioni e organizzazioni.

Toyac Project, è un progetto internazionale Erasmus Plus finanziato dall'UE nel biennio 2013-14, dedicato ai giovani caregiver. Attraverso il lavoro congiunto di diverse organizzazioni sono stati raccolti i risultati frutto dello scambio di informazioni e buone pratiche tra paesi europei per supportare questa fascia di popolazione.

CARE2WORK PROJECT è un Progetto internazionale Erasmus Plus cofinanziato dall'UE nel biennio 2015-17 con l'obiettivo di generare nuove conoscenze sui bisogni dei giovani caregiver riguardo a educazione, formazione e accesso al mondo del lavoro e per ridurre il rischio di povertà ed esclusione sociale (Buoni, 2018).

3.3 Criticità emergenti

Dall'analisi dei progetti presenti a livello nazionale è emerso che la maggior parte riguardano solamente alcune città italiane, lasciando nell'ombra molte regioni, nelle quali, appunto, i progetti sono nulli e allo stesso modo il supporto nei confronti sia dei giovani caregiver che dei professionisti della salute mentale. Infatti, dove non sono presenti servizi e progetti sia di sensibilizzazione che di sostegno, diventa difficile per chi ne soffre riuscire a parlarne e a farsi supportare. Altresì, una conseguenza diretta è proprio lo stigma, per cui se in diversi posti l'argomento non viene trattato, è più semplice che ci siano pregiudizi e stigmatizzazioni.

Trattandosi di un tema delicato, è molto importante affrontare approfonditamente l'argomento per portare alla luce tutte le storie dei giovani che vivono queste situazioni.

CAP. 3: LA RICERCA

3.1. Domanda di ricerca e obiettivi

Il presente lavoro di ricerca nasce dal bisogno di dare voce a tanti giovani che si trovano a diventare caregiver dei propri genitori con disturbo mentale. Il presente progetto di ricerca si propone di indagare e quali siano i bisogni dei giovani caregiver e cosa possano attuare a loro favore la comunità e le istituzioni di competenza.

L'interesse nasce, come sopra-citato, dal fatto che le ricerche empiriche a livello nazionale sono scarse e i progetti attuati riguardano solamente una parte delle regioni italiane.

Gli obiettivi specifici del presente lavoro possono essere così descritti:

- Di centrale importanza è comprendere cosa facciano regione per regione le diverse associazioni, capire se effettivamente sono presenti dei progetti.
- Comprendere quale sia il sostegno che i giovani caregiver hanno da parte delle istituzioni.
- Comprendere quale sia il sostegno che i giovani caregiver hanno da parte della comunità, nello specifico comprendere se si sentono giudicati o compresi.
- Comprendere quali siano stati o siano attualmente gli stati d'animo prevalenti dei giovani caregiver
- Comprendere quali siano gli aiuti su cui possono fare affidamento nel lavoro di cura, di qualsiasi tipologia: aiuto economico, aiuto emotivo, aiuto pratico e così via.

3.2. Metodologia

Per il presente lavoro di ricerca è stata utilizzata la metodologia qualitativa, proprio perché essa permette un' esplorazione dei punti di vista dei partecipanti più approfondita, in questo modo si riesce a presentare ai lettori le parole così come sono state pronunciate dagli intervistati, permettendo di poter cogliere appieno ciò che l'intervistato vuole trasmettere e ciò che le esperienze hanno significato per loro. Tutto ciò non può avvenire se invece si sceglie di utilizzare una metodologia quantitativa, che viene, invece, utilizzata quando lo scopo della ricerca è quello di produrre statistiche generalizzabili su un determinato fenomeno (Testoni et al., 2020). I ricercatori mirano a elaborare concetti e teorie da dati empirici su un determinato fenomeno e non a testare un'ipotesi predeterminata. Per far ciò viene utilizzata l'analisi tematica (Testoni et al., 2019), si tratta di una metodologia che, attraverso un approccio di tipo induttivo bottom-up, permette di identificare nuove categorie e nuovi significati in relazione ai partecipanti della ricerca. In sintesi, l'analisi tematica si avvale della modalità interpretativa bottom-up, la quale implica sia temi predefiniti, sia temi che emergono come argomenti inattesi (Testoni et al., 2022).

L'intervista fa parte delle principali tecniche del metodo di ricerca qualitativo.

La differenziazione tra le varie tipologie di intervista dipende dal loro grado di standardizzazione, ovvero per il diverso grado di libertà che viene concesso ai due autori. Si distinguono tre tipi base di interviste: interviste strutturate, interviste semi-strutturate e non-strutturate.

- Intervista strutturata: agli intervistati sono poste le stesse domande nella stessa formulazione e nella stessa frequenza. Questo introduce nella dinamica dell'intervista un elemento di rigidità.
- ⑩ Intervista semi-strutturata: in questo caso l'intervistatore dispone di una traccia che riporta i vari argomenti da affrontare nel corso dell'intervista. In questo caso l'ordine con il quale vengono affrontati i temi non è sempre lo stesso, anche le domande vengono formulate in base alla libera decisione e valutazione dell'intervistatore. La traccia può essere un elenco di argomenti da affrontare o può essere formulata in forma di domande, anche se dal carattere generale.
- ⑩ Intervista non-strutturata: l'intervistatore deve porre sul tavolo della conversazione i temi che vuole toccare. Deve inoltre limitarsi a incoraggiare l'intervistato o a spingerlo verso approfondimenti quando sfiora argomenti interessanti, dal canto suo, l'intervistato svilupperà il suo punto di vista. Naturalmente uno dei compiti dell'intervistatore è anche quello di controllare, arginando le divagazioni eccessive (Corbetta, 2014).

Nel seguente lavoro di ricerca è stata utilizzata l'intervista strutturata, suddivisa in due sezioni. Nella prima parte vengono indagate le informazioni sociodemografiche e nella seconda sezione si sofferma sul lavoro di cura.

L'intervista richiede un tempo di somministrazione di circa un'ora, viene effettuata online. È stata scelta questa modalità perché è stata contattata l'associazione COMIP (Figli di genitori con disturbo mentale), la quale gestisce un gruppo online costituito da giovani caregiver di genitori con disturbo mentale provenienti da tutte le regioni italiane. Si è scelta la medesima associazione in quanto è tra le più attive in Italia e la prima ad

aver portato innovazione per questo tema, sulla scia di progetti anche di altri paesi del mondo. Si è pensato, inoltre, di utilizzare questo canale per riuscire a raggiungere un numero maggiore di giovani e di un largo bacino, così da poter avere un gruppo eterogeneo. Infatti, la pagina conta un elevato numero di iscritti e di diversa provenienza geografica. Nord, centro e sud Italia.

L'intervista è stata somministrata spiegando ai partecipanti lo scopo della ricerca e si è scelto di far mantenere l'anonimato, questo per varie ragioni:

- In primo luogo, per tutelare i giovani caregiver, soprattutto coloro che si trovano in situazioni di estrema fragilità
- Può essere una facilitazione per riuscire a parlare liberamente e senza vincoli della propria situazione.

L'intervista strutturata è stata, quindi, inserita online nelle pagine dei giovani caregiver figli di genitori con disturbi mentali e liberamente i partecipanti hanno avuto la possibilità di rispondere.

3.3. Partecipanti

I partecipanti per il presente lavoro di ricerca sono 32. Come precedentemente detto, l'adesione a partecipare alla ricerca è stata lasciata libera. In questo senso, tutti gli iscritti ai gruppi gestiti dall'associazione COMIP, attraverso il link pubblicato sulle bacheche dei gruppi, hanno avuto la possibilità di rispondere e, quindi, partecipare.

Prima della pubblicazione dell'intervista sulle pagine gestite dall'organizzazione COMIP, è stata spiegata la finalità della ricerca, specificandone l'importanza. È stato inoltre specificato da chi è stata effettuata, e i tempi necessari per la sua compilazione. Il testo è stato inserito immediatamente prima del link per l'intervista, in questo modo ogni

partecipante ha potuto avere una chiara idea di ciò per cui è stata necessaria la propria partecipazione.

Ad ognuno di essi è stato garantito l'anonimato e hanno dovuto dare il consenso alla partecipazione della ricerca.

Per poter partecipare alla ricerca le caratteristiche da avere erano poche e semplici:

- Essere un giovane caregiver figlio di genitori con disturbo mentale
- Essere stato un giovane caregiver figlio di genitori con disturbo mentale
- Essere residente in Italia
- Essere maggiorenni

Sono stati presi in considerazione anche coloro che hanno ricoperto il ruolo di giovane caregiver in anni passati, la ragione di questa scelta risiede nel poter avere un punto di vista più globale, che possa captare anche le differenze generazionali. Questo permette anche di capire se qualcosa nel tempo è cambiato, se i giovani caregiver hanno sempre le stesse percezioni, così come comprendere se le istituzioni e la comunità svolgono sempre lo stesso ruolo o se vi sono stati miglioramenti, in tal caso soffermarsi su quali.

Un altro punto fondamentale è, senza dubbio, osservare chi deliberatamente decide di far parte della ricerca per poter dar voce a tutti i giovani caregiver, questo perché uno degli scopi principali di questa ricerca è proprio non lasciare nell'ombra i giovani caregiver figli di genitori con disturbo mentale. Anche questo aspetto è molto utile ai fini dei risultati della ricerca.

I partecipanti sono stati analizzati prendendo in considerazione:

- Genere

- Anno di nascita
- Stato civile
- Provenienza geografica
- Titolo di studio
- Condizione lavorativa

Per quanto riguarda il genere, dalla ricerca è emerso che la totalità dei partecipanti sono di sesso femminile.

La domanda sull'anno di nascita ha creato un range molto ampio con un'età dai 25 anni sino ai 50. Le percentuali sono così differenziate:

- Dal 1972 al 1977: 6.2%
- Dal 1978 al 1980: 15.7%
- Dal 1981 al 1982: 9.4%
- Dal 1983 al 1986: 15.6%
- Dal 1987 al 1991: 37.6%
- Dal 1992 al 1995: 9.4%
- Dal 1996 al 1997: 6.2%

Proseguendo, è stato chiesto lo stato civile, suddiviso in:

- Coniugato/a- convivente/a
- Celibe/Nubile
- Separato/a-divorziato/a
- Vedovo/a

Dall'analisi della domanda è emerso che il 28.1% dei partecipanti è celibe/nubile, mentre il restante 71.9% è Coniugato/a-convivente. Non è emerso nessun partecipante facente parte delle altre categorie presenti.

Per quanto riguarda la domanda relativa alla provenienza geografica, le risposte erano state suddivise in base alle diverse aree geografiche italiane:

- Nord
- Centro
- Sud
- Altro

Dall'analisi delle risposte è emerso che:

- Il 43.3% dei partecipanti proviene dal Nord Italia
- Il 33.3% dei partecipanti proviene dal centro Italia
- Il 16.7 % dei partecipanti proviene dal sud Italia
- Il 6.7 % dei partecipanti proviene dalla Sardegna

La domanda relativa al titolo di studio presentava come opzioni di risposta:

- Nessun titolo di studio o licenza elementare
- Licenza media o di avviamento
- Diploma professionale (2 o 3 anni)
- Diploma di maturità (4 o 5 anni)
- Laurea triennale
- Laurea specialistica, magistrale o vecchio ordinamento/ titolo post-laurea
- Dottorato

Dall'analisi delle risposte è emerso che la maggior parte dei partecipanti, ovvero il 46.9% ha una laurea specialistica, magistrale o vecchio ordinamento/titolo post-laurea, mentre il 28.1% ha una laurea triennale, il 15.6% ha un diploma di maturità, il 6.3 ha un diploma breve e il 3.1% ha un dottorato.

Per quanto concerne la condizione lavorativa, ai partecipanti è stato chiesto se facessero parte delle seguenti categorie:

- Lavoratore full-time
- Lavoratore part-time
- Studente
- Disoccupato
- Altro

Dall'analisi dei dati è emerso che il 69.8% è un lavoratore full-time; il 12.5% dei partecipanti è un lavoratore part-time; 6.3% dei partecipanti è disoccupato; il 6.3% dei partecipanti è studente; il 6.2% dei partecipanti è un libero professionista.

- Per quanto concerne i risultati, è bene analizzare, anche attraverso l'utilizzo di alcuni grafici,

3.4. Risultati

I risultati verranno presentati partendo dalla suddivisione dell'intervista, come precedentemente detto, da una prima parte costituita dalle informazioni sociodemografiche e dalla seconda sezione costituita dalle informazioni sul lavoro di cura.

Per quanto concerne la seconda parte dell'intervista, dedicata al lavoro di cura, analizzeremo i temi ricorrenti nelle risposte dei vari partecipanti. Dall'analisi tematica, infatti, ha fatto emergere i seguenti temi:

- Emozioni dei giovani caregiver
- Supporto percepito
- Aiuti di cui hanno bisogno

3.4.1. Prima aria tematica: emozioni provate dai giovani caregiver.

Le emozioni maggiormente emerse dall'analisi delle risposte sono state:

- Frustrazione
- Incomprensione
- Rabbia
- Disagio
- Solitudine
- Vergogna
- Colpa

Molti partecipanti riferiscono di aver provato in passato un senso di solitudine. Ad esempio, Claudia (donna, 25 anni, proveniente dalla Puglia) dice: "Solitudine, incomprensione. Mi sentivo fuori posto, invisibile, diversa dai miei coetanei ...sempre in bilico tra un problema ed un altro a casa. Avevo e vivevo problemi che per gli altri non erano nemmeno immaginabili...e un senso di vergogna nel sentirmi "sbagliata" perché la mia famiglia era "diversa, caotica"

Anche Giorgia (donna, 32 anni, proveniente dal Veneto) riferisce: “Sentivo di essere sola al mondo. Di dover combattere già sola contro la malattia sotto forma di genitore, contro le persone, disinformate e che ti 'condannano' in quanto figlio di, e contro il sistema, che non supporta adeguatamente il malato e che ti smolla ogni conseguenza come se fosse normale. Molta percezione di non poter mai cambiare vita.”

Giorgia (donna, 47 anni, proveniente dall'Abruzzo) riferisce un senso di rabbia, come ci fanno capire le sue parole: “Non ho mai pensato di essere una caregiver perché non ne conoscevo la definizione. Crescendo in una famiglia con dinamiche disfunzionali (mia madre ha una diagnosi di bipolarismo, mio padre ansioso, mia nonna era malata di sclerosi multipla), io semplicemente ho assorbito la dinamica e l'ho vissuta in modo situazionale, come stile di vita, il che porta ad avere delle sensazioni molto diverse rispetto a quelle provate con la consapevolezza di essere un* caregiver. Per questo posso descrivere i miei sentimenti prima e dopo la consapevolezza: prima (quindi da bambina fino a, mi viene da dire, i miei 24 anni) ero prevalentemente spaventata, arrabbiata, sopraffatta, insicura, ansiosa, incerta, sfiduciata, pessimista, appesantita, responsabilizzata, in colpa, disperata. Ho provato odio nei confronti dei miei genitori. Ho pensato a fuggire di casa. Ho pensato al suicidio come soluzione a una sensazione di sopraffazione di cui non riuscivo a comprendere la provenienza e che non andava via, sembrava solamente peggiorare, o intensificarsi. Quando non ce l'ho fatta davvero più e ho chiesto aiuto, e ho capito che non era il mio dovere farmi carico delle mancanze emotive dei miei genitori, quindi quando ho capito di essere stata una caregiver principalmente emotiva (a volte anche per questioni pratiche, ma fortunatamente in quel senso mio padre era attivo), inizialmente ho provato molta rabbia, ma poi, continuandomi a farmi aiutare da delle professioniste, ho capito piano piano come

posizionarmi all'interno della mia famiglia e in rapporto a mia madre in particolare. Ora provo ancora fastidio e rabbia davanti a certi comportamenti, ma in maniera più lieve: sto cercando di esercitare la compassione e la gentilezza e, per le questioni pratiche, mi sono deresponsabilizzata e ho così responsabilizzato i miei genitori. Ora finalmente penso soprattutto a me, e non mi sento più una caregiver.”

Marika (donna, 29 anni, proveniente dalla Lombardia) dice: “Disagio e senso di inferiorità. Ogni volta non potevo fare qualcosa per via dei miei problemi famigliari.”

Stefania (donna, 43 anni, proveniente dalla Campania) dice:” Solitudine, vergogna e senso di colpa”.

3.4.2 Seconda area tematica: supporto percepito dai giovani caregiver.

La seconda domanda posta agli intervistati faceva riferimento alla tipologia di aiuti ricevuti dai giovani caregiver.

Dall'analisi delle risposte è emerso che ciò che più ha aiutato o aiuta i giovani caregiver è:

- Supporto dei propri cari
- Psicoterapia
- Gruppo di sostegno di facebook
- La scuola
- Il lavoro
- L'arte

Alcuni partecipanti hanno trovato nella scuola un porto sicuro, come riferisce Michela (donna, 35 anni, proveniente dalla Basilicata): “La scuola era il mio rifugio, il mio posto

sicuro e in cui riuscivo ad esprimere me stessa. Quando ero in casa mi chiudevo nella mia stanza a studiare. Era il solo modo per avere per proteggermi perché da un lato nutrivo la mia curiosità e voglia di esplorare e dall'altro inconsciamente lo stupido senso di importanza dietro ai quali i miei genitori nascondevano le loro frustrazioni: l'aver una figlia che eccellesse nel rendimento scolastico”

Altri partecipanti hanno trovato conforto nell'arte, come riferisce Cristina (donna, 50 anni, proveniente dalla Liguria): “Quando ero bambina mi aiutava Ascoltare musica, tradurre canzoni, ballare, leggere e colorare. Ora da adulta, psicoterapia.”

Molti partecipanti hanno visto nelle reti familiari e amicali un forte sostegno, Nadia (donna, 44 anni, proveniente dal Lazio) ci dice: “La fortuna di avere amici che mi facevano vivere la mia età. Guardando le loro famiglie ho capito che ciò che io vivevo non era normale”

Successivamente, è stato loro chiesto quali, effettivamente, siano gli aiuti.

I risultati per questa domanda hanno portato alla luce che la principalmente i partecipanti hanno come aiuto:

- Sono stati aiutati dall'altro genitore, colui che non era/è affetto da malattia mentale
- aiuto psicologico
- Aiuto da parte della famiglia e dagli amici
- Nessun aiuto

In molti non hanno avuto sostegno da parte della famiglia, come dice Monica (donna, 49 anni, proveniente dalle Marche): “Nessuno...mai avuto nessun aiuto. L'unico supporto è stato dai miei fratelli/sorelle, più piccoli di me, essendo famiglia numerosa (6figli) il peso è stato suddiviso...ma noi figli, abbiamo sofferto, e i 2 figli tutte ora minorenni

soffrono tremendamente per queste dinamiche di "cura" rovesciate. Non sentirsi "protetti", sentirsi un "peso" per i tuoi genitori. ed essere tu bambino costantemente attento ai tuoi bisogni perché nessun altro lo fa, logora lentamente...giorno dopo giorno.”

È stata centrale anche la psicoterapia, come afferma Sara (donna, 27 anni, proveniente dalla Campania):“Emotivamente, nessuno fino ai 24 anni quando ho chiesto aiuto per la prima volta a una psicologa. Da allora mi sono fatta seguire da professioniste. Dal lato pratico ho avuto mio padre che andava a lavorare (ora in pensione), faceva la spesa e puliva la casa nel weekend. Il resto della famiglia ha contribuito marginalmente e in modo molto sporadico, spesso per lo più mettendo i bastoni tra le ruote. Secondo la mia esperienza, in situazioni con qualcuno di cui prendersi cura, si tende a collaborare poco fra parenti/conoscenti, quando invece sarebbe proprio necessaria una rete di persone attive sulla persona in difficoltà per alleviare il carico di ognun*. In più lo psichiatra che segue mia madre non ha mai preso in considerazione la mia condizione di figlia di persona con disturbo mentale, quindi con tutte le sensazioni che provavo e che ho descritto prima. L'idea contemporanea per cui si risolve tutto con una pillola tralasciando gli aspetti dei legami personali, delle emozioni e delle sensazioni è lacerante, sia intimamente per ognun*, sia per i rapporti tra i soggetti, spesso in modo irreversibile.”

Anche Teresa (donna, 41 anni, proveniente dal Piemonte), sulla stessa linea, afferma: “Sono stata aiutata dalle Assistenti sociali, psichiatra, la mia psicologa e il mio compagno.”

3.4.3 Terza area tematica: aiuti di cui i giovani caregiver hanno bisogno.

Dalla domanda circa il bisogno di sostegno da parte della comunità, i dati emersi dall'analisi delle risposte ci dicono che hanno bisogno di:

- Azioni di sensibilizzazione sul tema
- Servizio sociale con supporto a tutta la famiglia
- Riconoscimento sociale
- Sostegno psicologico

Possiamo infatti notarlo da alcuni estratti delle risposte raccolte:

Francesca (donna, 22 anni, proveniente dal Friuli-Venezia Giulia) afferma: “Promozione della salute mentale in modo che si smettano di catalogare le persone con patologie mentali, seppur compensate, come “matte”

Il riconoscimento è un tema che è riaffiorato molto, Elena (donna, 47 anni, proveniente dal Molise) infatti risponde: “Maggiore consapevolezza e presa di coscienza a livello sociale e culturale per combattere la stigmatizzazione”

Per quanto riguarda il sostegno psicologico, Beatrice (donna, 25 anni, proveniente dalla Toscana) condivide: “Aiuto emotivo: da figlia unica, non posso e non voglio essere l'unica a occuparmi dei miei genitori. Vorrei che le persone fossero più consapevoli l'uno dell'altro, e meno individualisti. Serve coltivare una cultura dell'aiuto e della cura, il che presuppone uno stile di vita di collettività, nella quale un po' tutti farsi carico delle incombenze emotive e pratiche di chi non riesce. Vorrei che le persone fossero

meno ignoranti e avessero meno paura delle malattie che costringono alcuni a dover farsi aiutare. Vorrei che si lavorasse di meno e si avesse più tempo per ascoltarsi, tutti quanti.”

Molti intervistati vedono la sensibilizzazione sul tema come punto centrale, ce lo fa capire anche Chiara (donna, 40 anni, proveniente dall’Umbria) con le sue parole: “Lo stigma della malattia mentale DEVE essere sconfitto attraverso la sensibilizzazione della tematica e aiuti concreti da parte dei servizi sociali.”

Allo stesso modo, è stato chiesto loro quali sono i bisogni da parte delle istituzioni. Una volta analizzate le risposte, è emerso che ciò di cui hanno bisogno da parte delle istituzioni è:

- Sostegno al lavoro
- Supporto psicologico
- Servizi sociali che diano supporto a tutta la famiglia
- Associazioni
- Scuole più attente
- Fondi per i caregiver
- Superamento della stigmatizzazione

È possibile, infatti, desumerlo da diverse affermazioni fatte dai partecipanti, per portarne degli esempi possiamo leggerne i seguenti:

Molti partecipanti sentono il peso della stigmatizzazione sociale, ad esempio Paola (donna, 26 anni, proveniente dalla Puglia) dice: “Far sì che non ci sia la stigmatizzazione di certe malattie che rendono un soggetto dipendente da un altro,

normalizzandone l'esistenza, per far sì che le persone non si allontanino ma si avvicinino.”

Anche il tema dei fondi per i caregiver, che come abbiamo visto, in molti casi non sono sufficienti, è emerso da parte di molti partecipanti, infatti Fabiola (donna, 42 anni, proveniente dalla Calabria) dice: “Diffondere l'educazione alla collettività. Stanziare fondi per i caregiver (per far avere un reddito minimo anche per loro), perché quello del caregiver è un lavoro invisibile e, se una persona non riesce a staccarsi dal proprio ruolo, il che è probabile, spesso rimane anche la unica attività per tutta la vita, provocando precarietà e marginalizzazione. Mappatura della rete di supporto di un malato quando viene preso in carico dal servizio sanitario e successiva "chiamata a raccolta" per educare tutti i soggetti coinvolti alla gestione collettiva del problema. Attivazione parallela di sportelli informativi per spingere il malato/bisogno alla partecipazione di attività fuori dal contesto familiare. Educazione per il mondo della scuola e del lavoro e dell'associazionismo per accogliere questi soggetti in modo che siano inseriti nella società e, di conseguenza, che anche la società si prenda cura di loro. Educazione a chi è in contatto con i giovani (insegnanti, coach, educatori, ecc) all'analisi del disagio di un* ragazz* (questo perché da giovane caregiver, senza consapevolezza, si fa fatica a confidarsi con gli adulti, perché si fa fatica anche a esprimersi. Se invece un adulto riconoscesse un disagio, e si informasse, e si proponesse come aiuto a un giovane caregiver, probabilmente sarebbe di enorme aiuto). Educazione dei professionisti ad analizzare la malattia di un soggetto in modo olistico, per non tralasciare i problemi relazionali, emotivi e sentimentali sia dei pazienti che dei caregiver (lavorando in equipe). Sviluppo di programmi per garantire supporto psicologico gratuito/economicamente vantaggioso per caregiver. In generale:

cambiare il sistema e non basarlo più sulla produttività dei soggetti, ma sull'intelligenza emotiva.”

Anche la sensibilizzazione nei confronti delle istituzioni, al pari di quella sociale, risulta importante. Ad esempio, Marta (donna, 29 anni, proveniente dalla Sardegna) dice: “Gli enti nella mia esperienza hanno solo fatto un grande scarica barile senza mai impegnarsi per cercare di alleggerire il peso che porta una figlia appena maggiorenne e soprattutto sola. Quindi vorrei che gli enti si sensibilizzassero di più piuttosto che ignorare il problema. Più ore da disporre per i seguiti a settimana. Più associazioni per integrare queste persone così difficili da avvicinare e farle sentire meno sole.”

Il servizio sociale, quindi, necessita, secondo il punto di vista dei partecipanti, di maggiore preparazione. Federica (donna, 26 anni, proveniente dall'Emilia-Romagna), ad esempio, dice: “Servizio sociale per i minori: verificare che un genitore affetto da malattia psichiatrica sia in grado di essere presente per i figli, in tutti gli ambiti richiesti”

Per quanto riguarda ciò che fanno i territori per la tutela di queste figure, dall'analisi delle risposte è emerso che:

- Alcuni partecipanti non hanno fatto alcuna richiesta
- Nessun aiuto
- Terapia infermieristica
- Supporto psicologico una volta al mese
- CSM segue il malato

Anche in questo caso, molti partecipanti hanno fatto riferimento al CSM, come ci dice Valeria (donna, 48 anni, proveniente dal Veneto): “Nulla. Da 20 anni mia madre è

seguita dal CSM di zona, conoscono la sua situazione e la famiglia, più volte agli incontri ho reso partecipi i medici delle mancanze nei confronti dei figli ...eppure nulla. Più attenzione ai minori, i figli non dovrebbero essere genitori dei loro genitori. I figli non dovrebbero sacrificare la loro vita e la loro salute mentale per una malattia di un genitore.”

Anche Laura dice: “Offre un supporto psichiatrico una volta al mese al malato. Questo non è sufficiente per una famiglia che deve sobbarcarsi la gestione di un malato in caso”

In molti non ricevono nessun aiuto, Rosita (donna, 38 anni, proveniente dalla Lombardia), infatti, dice: “Assolutamente nulla”

Il grado di soddisfazione dei giovani caregiver rispetto a ciò che le istituzioni fanno per tutelarli è, quindi, dello 0%. La totalità dei partecipanti ha risposto di non essere soddisfatto.

3.4.4. Un messaggio di speranza da parte dei giovani caregiver.

L'ultima domanda, invece, è stata diversa rispetto alle altre presenti nell'intervista. In questo caso è stato richiesto di lasciare un consiglio, un messaggio di speranza e solidarietà ad altri giovani caregiver. Lo scopo di questa domanda rimane sempre quello di non far sentire soli coloro che devono affrontare situazioni delicate come questa. I partecipanti non erano obbligati a rispondere, trattandosi appunto di consigli.

La domanda è stata posta in maniera chiara e diretta:

Lascia qui un consiglio (a chi rivolgersi, come approcciarsi al problema) per altri giovani caregiver o un augurio.

Le risposte sono state molto diverse tra di loro ma tutte hanno come tratto comune la speranza.

“Chiunque tu sia, non sei solo/a. Non dimenticarti di te stesso/a, sei la persona più importante della tua vita, prenditi cura di te. Non vergognarti della tua famiglia, non vergognarti dei tuoi genitori, purtroppo, ti hanno saputo dare quello che potevano. Di più non potevano, davvero. E non portare rancore, fa male solo a te. Lascia andare. Ricorda, meriti tutto: attenzione, amore, cura e rispetto, quindi non accettare nulla di meno, perché vali. Pensa a te stesso/a, dai a te stesso/a tutto l'amore che ti è mancato e prenditi cura di te. Amati, solo il tuo amore per te stesso/a, sazierà quella sensazione di vuoto. Ovunque tu sia, non sei solo/a. Forza.”

“A 40 anni e dopo un duro lavoro su me stessa ancora in corso, mi sento di dire ai giovani caregiver di non sentirsi inadeguati o in colpa per quello che è accaduto ad uno dei due o entrambe genitori. Dico loro che non siamo sopravvissuti ma la Vita ci ha regalato l'opportunità di tirare fuori la nostra Unicità! Dietro questa unicità c'è sofferenza, sacrificio e voglia di vivere! Mi sento di dire di non sentirsi soli, di non permettere ai commenti ed ai giudizi dei coetanei di entrare dentro l'anima...in fondo sono loro a provenire da famiglie vuote e prive di intelligenza! Mi sento di dire loro di rivolgersi a delle associazioni (ad esempio COMIP), di iniziare un corso di psicoterapia e coltivare una propria passione che li aiuti a fuggire dalle responsabilità, da quella sensazione di vivere come se si fosse sempre in lotta con il mondo, se stessi e la propria famiglia!!Mi sentirei di dire molte altre cose ma non vorrei essere troppo prolissa!”

“Mai vergognarsi di chiedere aiuto, volersi bene e insistere affinché i servizi sociali attivino tutti i protocolli necessari. Non siamo soli.”

“Vi auguro di trovare sempre la forza di andare avanti in questo mare in piena tempesta... prima o poi arriverete in un’isola fatta di sole che vi scaldierà!”

3.5. Discussione

Dall’analisi delle interviste è emerso che il GENERE della totalità dei partecipanti è femminile, questo risultato è la conseguenza del fatto che la maggior parte degli iscritti ai gruppi gestiti dal COMIP sono donne e, come suggeriscono anche le ricerche empiriche sul tema (Adelmon, 2014), il lavoro di cura molto spesso viene lasciato alle donne. Nelle ricerche empiriche analizzate nei paragrafi precedenti, infatti, è emerso che molto spesso il lavoro di cura, anche nell’immaginario comune, è affidato al ruolo femminile, visto come più capace di prendersene la responsabilità. Un altro aspetto facilmente osservabili dall’analisi dei dati è che vi è stata eterogeneità per quanto riguarda l’età. In questo senso, non vi è un’età che concentra in modo significativo una parte di partecipanti, possiamo solo osservare un picco nella percentuale per quanto riguarda l’anno 1989. Questo ci fa dedurre che all’interno dei partecipanti sono presenti sia coloro che sono state giovani caregiver che coloro che lo sono al giorno d’oggi. Il fatto di avere un range ampio ci permette anche di intuire se vi sono o meno differenze generazionali nella percezione di ciò che fanno le istituzioni, la comunità, quindi anche il concetto di stigmatizzazione e il grado di soddisfazione.

Partendo da questo punto, dopo aver analizzato le risposte nella sezione dedicata al lavoro di cura, non sono emersi grandi differenze nella percezione dei rispondenti. Cerchiamo di approfondire empiricamente questo aspetto:

Nonostante sia presente, come già anticipato, un range ampio rispetto all’età, il 100% delle partecipanti ha risposto di non essere soddisfatto di ciò che fanno le istituzioni

per tutelarli. È desumibile che, nonostante sia passato del tempo, la percezione da parte di chi è stato un giovane caregiver e chi lo è ancora oggi, non è cambiata. Guardando ancora più approfonditamente, anche quando si parla di emozioni e sensazioni provate, ciò che emerge non è molto diverso tra i partecipanti. In tutti i casi, infatti, si parla di: rabbia, frustrazione, senso di colpa e di vergogna e così via. Non sono presenti risposte nelle quali si evidenziano aspetti positivi. Anche questo fa intuire che nel corso del tempo, visto anche l'insoddisfazione di ciò che dovrebbero fare le istituzioni, il carico emotivo dell'essere un giovane caregiver rimane invariato. I risultati sulle emozioni non si discostano da quelli già presenti in letteratura (Lauren et al., 2011).

La maggior parte dei partecipanti ha una laurea magistrale (46.9%) e nessuno tra i partecipanti si è fermato alla licenza media. Si può affermare che non vi è stato abbandono scolastico tra coloro che hanno partecipato, dato che invece era emerso dalla letteratura sul tema (Decataldo et al., 2021), che vede l'abbandono scolastico tra i giovani caregiver come uno dei rischi. Conseguentemente, la maggior parte dei partecipanti (68.8%) ha un lavoro full-time e solamente il 6.3% dei partecipanti è disoccupato. Anche in questo caso, a discapito di ciò che suggerisce la letteratura circa la fragilità nell'inserimento nel mondo del lavoro dei giovani caregiver (Giovani caregiver, n.d.), i partecipanti non riscontrano il medesimo rischio. Anche questo aspetto pone come marginale il concetto di stigmatizzazione, nel senso che, come riscontrato nella letteratura presente sul tema, i giovani caregiver posson ritrovarsi in situazioni di fragilità ma ciò non è una diretta conseguenza ma dipende da molteplici variabili.

La seconda parte dell'intervista, come precedentemente detto, ha fatto riferimento al lavoro di cura, nello specifico ai sentimenti provati dai giovani caregiver e dalla loro

percezione su cosa fanno le istituzioni e la società per aiutarli nel carico del lavoro di cura.

La domanda sul tema delle emozioni fa notare che le risposte non si discostano molto da quelle già presenti in letteratura sul tema (Adelmon, 2014). Gli studi, analizzati nei precedenti capitoli, hanno portato come risultato i seguenti stati d'animo: rabbia, stress, senso di isolamento. Gli stati d'animo, quindi, restano gli stessi, questo è spiegato anche dal fatto che, come evidenziato nei risultati, la totalità dei partecipanti sente anche come non adatto l'intervento del territorio e delle istituzioni rispetto al carico del lavoro di cura. Riprendendo la domanda:

Sei soddisfatto/a di ciò che fanno le istituzioni per tutelarti?

Avere come risposta il NO del 100% dei partecipanti è sicuramente un dato rilevante ai fini della percezione che i giovani caregiver hanno/avevano rispetto alla loro figura e al carico emotivo e fisico della cura.

Le risposte di stati d'animo negativi possono essere spiegate anche in relazione alle altre risposte date dai partecipanti. Un elemento importante è, senza dubbio, le risposte sul tema degli aiuti ricevuti nel lavoro di cura.

Ciò che emerso dalle risposte dei partecipanti è che una considerevole parte di essi non riceve o, nei casi di coloro che sono stati giovani caregiver in passato, non ha ricevuto nessun aiuto. Lasciare il carico di un genitore affetto da disturbi mentali ad un giovane porta con sé diversi rischi, ampiamente trattati nei precedenti capitoli, che hanno come sfondo proprio le emozioni negative come, appunto, rabbia, frustrazione, senso di colpa e vergogna etc. Ritrovarsi a dover affrontare delle responsabilità non consone rispetto agli anni che si hanno e non sentirsi aiutati o comunque avere pochi aiuti sia

da parte delle istituzioni che nello specifico dai familiari, amici e più in generale dalla comunità, lascia i giovani caregiver nell'ombra. Questo meccanismo può innescarne altri che metterebbero a rischio il giovane. Un'altra parte dei partecipanti, però, riceve aiuto dall'altro genitore, laddove è solo uno dei genitori ad avere un disturbo mentale o trova aiuto dai professionisti del settore ma in minima parte.

Andando nello specifico, è stato chiesto ai partecipanti cosa fa il territorio in cui sono inserito per aiutarli. In questa domanda si intendono le istituzioni, le associazioni di volontariato, la comunità. Le risposte a questa domanda hanno riportato che, nella maggior parte dei casi, il territorio non fa nulla e nei casi in cui il territorio è attivo, i servizi attuati non sono sufficienti rispetto al bisogno reale dei giovani caregiver. Tra i servizi presenti sono stati menzionati:

- Csm
- CIM
- Infermieri a domicilio
- Assistenza domiciliare
- Colloqui

La maggior parte di questi interventi, infatti, vengono effettuati per poche ore al mese, come nel caso dell'assistenza domiciliare o gli altri casi, viene preso in considerazione solamente il malato e non il caregiver. Affinché per avere una buona assistenza è necessario che anche il caregiver stia bene, e non solamente a livello fisico, anch'esso deve diventare parte attiva del percorso. Non può essere più accettabile il fatto che egli non venga preso in considerazione, aspetto lamentato anche dai caregiver, i quali

appunto parlano di un'attenzione totale esclusiva sul malato affetto da disturbo mentale.

A questo punto è stato chiesto ai partecipanti di cosa hanno bisogno da parte della comunità e da parte delle istituzioni per avere un aiuto nel loro lavoro di cura.

I partecipanti hanno risposto di aver bisogno, da parte della comunità, sostanzialmente di maggiore ascolto e sensibilità, come già evidenziato in letteratura (Moroni et al., 2008). A questo proposito, in tutte le città d'Italia e non solo, la cosa importante è attivare dei percorsi di sensibilizzazione ma non solamente da parte dei professionisti ma anche di coloro che hanno vissuto in prima persona queste situazioni. Avere un confronto e sentire le storie da chi direttamente le ha vissute, ha un impatto molto importante su coloro che le ascoltano. Uno dei problemi principali che i giovani caregiver avvertono da parte della comunità è proprio lo stigma sociale. Attraverso la sensibilizzazione sul tema, anche lo stigma verrebbe meno, perché il pregiudizio vi è laddove non vi è conoscenza. Un altro aspetto emerso è il volontariato, come in tutti gli ambiti, il volontariato è molto importante nell'aiuto del prossimo. Anche per coloro che devono vivere queste situazioni, avere un aiuto da parte di volontari formati sul tema, sarebbe un aiuto nel diminuire il carico di responsabilità. Fondamentale è anche il sostegno emotivo, avere qualcuno che ha voglia di aiutarti, aiuta a livello emotivo.

Per quanto riguarda ciò di cui hanno bisogno da parte delle istituzioni, anche qui è necessario fare un approfondimento.

Da ciò che emerso dalle risposte è che c'è bisogno di maggiore attenzione ai caregiver da parte dei servizi sociali, questo è un punto che si ricollega alla questione di portare al centro della relazione anche il caregiver. Ciò di cui hanno bisogno è, infatti,

maggior attenzione e promulgazione di informazioni sul tema anche nelle scuole. Sono presenti anche caregiver che non conoscono a pieno il proprio ruolo, che non sono in grado di riconoscersi in quanto tale e per queste ragioni si trovano a sentirsi isolati e non compresi. Attivare sportelli di informazione, giornate di informazione nelle scuole, sia per sensibilizzare i ragazzi sin da subito, sia per non far sentire soli i bambini che si trovano a essere i caregiver dei loro genitori o di uno di essi. Anche per loro è importante che il tema non rimanga nell'ombra.

È emerso che anche i professionisti del settore non sono ben formati sul tema, questo dipende anche molto da come i servizi sono impostati e dal pensiero per cui viene preso in considerazione solamente colui affetto da disturbo mentale. A questo punto anche i professionisti: assistenti sociali, psicologi, psichiatri, educatori, devono essere formati su quali sono le percezioni dei giovani caregiver e di cosa essi hanno bisogno. Attuare dei corsi di formazione, degli incontri per avere un confronto con coloro che hanno vissuto queste situazioni, sarebbero un valido mezzo per essere più efficienti e quindi essere un valido aiuto per i giovani caregiver. Deve diventare di centrale importanza il ruolo del caregiver, anch'egli deve avere le giuste attenzioni e aiuti di cui ha bisogno.

A livello macro, i giovani caregiver hanno bisogno anche di riconoscimento a livello nazionale attraverso fondi specifici, anche perché in molti casi il lavoro di caregiver è totalizzante e toglie via molto tempo e forze. I fondi per i caregiver non sono sufficienti, soprattutto perché i giovani caregiver possono trovarsi in una situazione di disagio economico, trattandosi appunto di figli per i quali i genitori non possono avere dei lavori e questo inevitabilmente grava sulla situazione economica della famiglia o anche successivamente possono trovarsi in una situazione di fragilità economica. I

fondi attualmente presenti, come anche è emerso dalle interviste, non sono sufficienti rispetto alle esigenze reali dei giovani caregiver.

Le forze resilienti dei giovani caregiver risiedono nel supporto dei propri cari, nella scuola. Il lavoro, la psicoterapia. Tutti questi aspetti è importante svilupparli e migliorarli. Avere nella propria rete sociale delle persone che conoscono il tema, i rischi e ciò che possono fare per aiutare i giovani caregiver, aiuta molto ad avere un carico di responsabilità minore. La psicoterapia aiuta molto a comprendere la propria situazione, non solamente nel momento in cui si vive lo status di giovane caregiver ma anche successivamente, nella fase della vita adulta. La psicoterapia aiuta a controllare i sentimenti negativi che emergono, a trasformarli e ad essere in grado di utilizzare le proprie risorse. Ricoprire il ruolo di giovane caregiver può oscurare le risorse del giovane, che non riesce a concentrarsi su sé stesso, percependosi solamente in funzione del proprio genitore.

L'ultima domanda è stata incentrata sui consigli che chi ha ricoperto il ruolo dei giovani caregiver, per lasciare un messaggio di speranza e solidarietà per tutti i giovani caregiver che molto spesso possono sentirsi soli. La solidarietà è importante in questi casi, sapere che ci sono altre persone che vivono le stesse cose che viviamo anche noi, ci permette di non sentirci soli.

CONCLUSIONI

Tale progetto di ricerca, dato il limitato corpus di ricerche empiriche presente nella letteratura italiana, potrebbe essere notevolmente implementato.

In primo luogo, ogni regione italiana potrebbe condurre indagini sul tema dei giovani caregiver, sulle loro forze resilienti e su ciò di cui hanno bisogno da parte delle istituzioni e dalla comunità. In questo modo sarebbe possibile comprendere quali servizi mettere in atto e non lasciare nell'ombra questi giovani ragazzi e ragazze.

Dalla ricerca risulta chiaro che il punto centrale su cui i servizi devono impegnarsi è l'importanza del ruolo dei caregiver nel rapporto di cura, i quali non devono essere trascurati ma, come per il malato, anche per loro sono necessari interventi per alleviare il peso del lavoro di cura.

Essere un caregiver, come si è visto dai risultati della ricerca, porta con sé diverse conseguenze negative a livello emozionale: stress, senso di vergogna, rabbia e così via. Per riuscire ad essere di aiuto agli altri per prima cosa bisogna stare bene con sé stessi, non è immaginabile poter lasciare soli coloro che si prendono cura dei propri cari, soprattutto perché non si tratta di persone che sono state formate per poterlo fare. Hanno bisogno di supporto e di informazioni, in particolar modo in casi in cui si tratta di malattie mentali. Le malattie mentali, al pari delle malattie fisiche, se non conosciute sono difficili da gestire e possono portare molta frustrazione. Portare al centro il giovane caregiver significa supportarlo nel suo lavoro di cura, non farlo sentire solo e informarlo sia sulla malattia, sia su quale può essere il modo migliore per assistere il malato.

Risulta, quindi, importante attuare interventi finalizzati al supporto del giovane caregiver, nel pratico sarebbe utile attivare:

- Incontri di sensibilizzazione aperti a tutta la cittadina
- Colloqui non solamente con la persona affetta da disturbo mentale ma anche con il giovane caregiver
- Maggiori fondi dedicati ai giovani caregiver
- Psicoterapia a prezzi agevolati o gratuiti per i giovani caregiver che ne fanno esplicita richiesta
- Ampliare i progetti già esistenti su tutto il territorio italiano

I servizi e le istituzioni hanno anche il compito di rivolgersi alla comunità, la quale, nella maggior parte dei casi, stigmatizza i giovani caregiver. Affinché questo non accada, i servizi devono attuare incontri di sensibilizzazione sul tema e agevolare la solidarietà tra pari. L'associazionismo è sicuramente un esempio importante per supportare direttamente i giovani caregiver, far sentire loro che non sono soli e aiutarli anche nel quotidiano per svolgere tutte le attività che richiede il lavoro di cura. Incontri di approfondimento sul tema, non solamente effettuati da professionisti del settore ma anche da coloro che hanno vissuto o vivono direttamente il ruolo di caregiver. L'associazione COMIP, in questo senso, gira l'Italia, sia nelle piazze italiane che nelle scuole. Ciò che serve è un'attenzione maggiore, in modo da portare le loro parole, informazioni, aiuti in tutte le città d'Italia e non solo. I ragazzi del COMIP, infatti, sono molto impegnati in questo senso e il lavoro di sensibilizzazione è al centro del loro interesse. Avere una cittadinanza informata vuol dire non avere più pregiudizi su situazioni che possono essere lontane dal proprio quotidiano ma che hanno solamente bisogno di essere ascoltate e comprese.

Altresì, i servizi sociali devono attivare colloqui che non prendano in considerazione solamente il malato ma anche il giovane caregiver. Il servizio sociale dovrebbe attuare percorsi anche per i caregiver, in stretto contatto con gli psicologi presenti sul territorio.

Effettuare colloqui anche con i giovani caregiver gli permette di parlare e comprendere ciò che possono provare e a non farli sentire soli. Ricoprire il ruolo di caregiver vuol dire avere molte responsabilità, ma quando si diventa caregiver molto giovani questo può portare a diversi rischi e cambiamenti in molti aspetti della vita. Tutto ciò deve essere utile per diminuire il più possibile i rischi e a non far sentire soli i giovani caregiver..

Come già accennato, visti i risultati per cui i giovani caregiver hanno bisogno di maggiore attenzione a livello psicologico, un percorso da seguire è sicuramente quello della psicoterapia. La psicoterapia è fondamentale per affrontare traumi, emozioni negative e per non sentirsi fuori luogo. Avere la possibilità di poter intraprendere un percorso terapeutico gratuito in concomitanza con il percorso che necessariamente deve intraprendere il genitore con disturbo mentale, aiuterebbe il giovane caregiver ad affrontare il proprio stato d'animo insieme ai professionisti che conoscono bene la situazione clinica del genitore.

Per quanto riguarda i progetti attuati, è necessario ampliare il raggio d'azione a tutte le regioni d'Italia, solo in questo modo tutti i giovani caregiver possono sentirsi tutti ascoltati e presi in considerazione sia dalla comunità che dalle istituzioni e dai servizi. Il gap tra regioni è molto evidente e l'augurio è quello di andare avanti con i progetti che, laddove presenti, funzionano e hanno un alto tasso di soddisfazione da parte dei fruitori. Ci sono diverse regioni nelle quali non sono presenti alcuni progetti di sostegno ai giovani caregiver, questo dato fa aumentare il tasso di insoddisfazione. A questo proposito, quindi, i servizi e le istituzioni regionali hanno il dovere di finanziare tali progetti, per il benessere collettivo.

I limiti della presente ricerca sono riconducibili allo strumento utilizzato, ovvero l'intervista strutturata scritta. Nella futura ricerca sarebbe interessante intervistare gli stessi partecipanti per comprendere meglio il loro punto di vista sul tema, dato che non è stato possibile approfondire temi interessanti emersi nelle risposte. Altresì, la modalità scritta in diversi casi ha portato a risposte brevi.

Sarebbe stato interessante anche avere l'opinione degli uomini, visto che la totalità dei partecipanti è stata di donne, per analizzare eventuali differenze di genere nel lavoro di cura.

Inoltre, la presente ricerca ha fatto emergere che i partecipanti hanno avuto carenze di sostegno da parte dei servizi, inclusi gli assistenti sociali. Nelle interviste è emerso chiaramente che molti di essi non si sono sentiti ascoltati o presi in considerazione per quanto riguarda il peso del lavoro di cura. Diventa chiaro che il ruolo del caregiver e, in particolare, del giovane caregiver, non può più essere visto come marginale nel rapporto di aiuto. Nelle interviste i partecipanti hanno parlato, quindi, della poca attenzione che viene loro rivolta e del fatto che i servizi non si occupano dei caregiver. Questi risultati ci fanno capire che al centro dell'attenzione delle cure da parte dei servizi, l'unica figura presente è il genitore affetto da disturbo mentale.

L'apporto della seguente ricerca è finalizzato ad un approccio centrato non soltanto sul malato ma anche sul giovane caregiver che richiede una ridefinizione delle competenze dell'assistente sociale:

- Deve essere in grado di sostenere non soltanto il soggetto affetto da disturbo mentale ma anche il giovane caregiver.

- Essere in grado di aiutare il soggetto a mantenere o creare, in caso non sia presente, una rete di supporto;
- Essere in grado di coordinare le dinamiche tra genitore con disturbo mentale e giovane caregiver.
- Mantenere duraturo l'interesse del giovane caregiver a veicolare supporto positivo per il genitore con disturbo mentale.

In conclusione, il presente lavoro di ricerca vuole essere un piccolo tassello in più nel percorso di riconoscimento della figura del giovane caregiver. L'auspicio è che questo lavoro possa essere di aiuto per dare voce a tutti coloro che si trovano in queste situazioni, affinché nessuno si senta mai solo e affinché tutti abbiano il sostegno di cui hanno bisogno.

BIBLIOGRAFIA

Alberto & N. Martinelli (2020). *Accompagnare alle frontiere della vita*, Maggioli Editore.

Ardesi & S. Filippini (2008). *Il servizio sociale e le famiglie con minori: prospettive giuridiche e metodologiche*, Carocci Faber.

Aronson, T.D. Wilson & R.M. Akert. *Psicologia sociale*, Il Mulino.

ASSOCIAZIONE ONLUS CONTATTO (2004). Chi siamo. Disponibile in: www.retisocialinaturali.it

AVVOCATOFASH (n.d.). Disponibile in: www.ilcaregiverelasuafunzione.it

Buoni S. (2018). *Quando mamma o papà hanno qualcosa che non va. Miniguida alla sopravvivenza per i figli di genitori con disturbo mentale*, Editoria sociale.

Camarda, D. Ferrario, M. Magni, S. Papini, E. Fava & P. Dallanegra (2013), *Incontri che lasciano il segno*, Milano.

Cellini & M. Dellavalle (2015). *Il processo di aiuto del servizio sociale*, G. Giappichelli Editore-Torino.

Civenti & A. Cocchi (1994), *L'assistente sociale nei servizi psichiatrici*, NIS, Roma.

Codini, A. Fossati & S. A. Frego Luppi (2019). *Manuale di diritto dei servizi sociali*, G. Giappichelli Editore.

COMIP.ITALIA (2017). Disponibile in: www.comip-italia.org

Corbetta (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino.

De Nicolo, M.L. & G. Berretta (2010). *La malattia mentale nella storia*, Mediamix.

DSM-V (2013), Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, American Psychiatric Association, Quinta edizione.

Epyc (2016). Disponibile in: www.ep-yc.org

Fruggeri (2007). *Famiglie: dinamiche interpersonali e processi psicosociali*, Carocci.

GIOVANI CAREGIVER (n.d.). Disponibile in: www.giovanicaregiver.it

Hunt, G. G. (2010). Young caregivers: Positive and negative aspects of caregiving. *PsycEXTRA Dataset*.

Lombardi, A. Visconti, G. Agnetti & F. Valdilonga (2014). *Il sostegno della genitorialità fragile: un modello di prevenzione rivolto a genitori con problemi di salute mentale*. Riv. Online Minorigiustizia.

Padoan (2019), *Senza toccarne l'ombra. Estetica ed etica della cura per i professionisti della salute*, Alpes.

PROGETTO ITACA (2018). Chi siamo. Cosa facciamo. Disponibile in: www.progettoitaca.org

Sanfelici, L. Gui & S. Mordegli (2021). *Il servizio sociale nell'emergenza COVID-19*, Franco Angeli.

Stefano Cirillo (n.d.). Il trattamento familiare nei casi di pazienti psichiatrici genitori di minori. Disponibile in: www.scuolamaraselvini.it

Testoni (2020). *Psicologia palliativa: intorno all'ultimo compito evolutivo*. Bollati Boringhieri.

V. Polizzi (1983). *Elementi di psicopatologia in funzione del rapporto educativo*, LAS.

Vizziello, G. Disnan & M. R. Colucci (2001). *Genitori psicotici, percorsi clinici di figli di pazienti psichiatrici*, Bollati Boringhieri.

Zanfrini (2004). *Sociologia della convivenza interetnica*, Editori Laterza.

RINGRAZIAMENTI

Dedico il mio lavoro di tesi alla mia famiglia, la quale mi ha sempre sostenuto; in particolar modo a mio fratello. Inoltre, la dedico ai miei amici e al mio fidanzato, i quali mi sono sempre stati di sostegno. Un ringraziamento a me: nonostante i momenti complicati non mi sono mai arresa.