

MINORI/CENTRI DI ASSISTENZA

Una speranza per il futuro

*Tra le molteplici offerte di sostegno all'infanzia e alla famiglia, il Centro **Benedetta D'Intino Onlus** di Milano si presenta attento alle diverse forme di disabilità cognitiva, sensoriale, motoria e socio-relazionale. In modo particolare, attraverso il supporto di validi esperti, garantisce un innovativo approccio terapeutico alle difficoltà della comunicazione.*

Cristina Mondadori
(medico e psicoterapeuta,
presidente della Fondazione
e del Centro **Benedetta**
D'Intino Onlus)

Con la nascita della *Fondazione **Benedetta D'Intino** a difesa del bambino e della famiglia*, nel 1992 vengono poste le basi del "Mondo **Benedetta D'Intino**". Una realtà creata dalle famiglie Mondadori, D'Intino e Formenton per ricordare Benedetta, prima nipotina di Cristina Mondadori, mancata a quindici mesi per una cardiopatia congenita.

La Fondazione, riconosciuta dalla Regione Lombardia e impegnata per migliorare la qualità della vita di bambini che soffrono a causa di problematiche fisiche, psicologiche e/o sociali, e per dare sostegno alle loro famiglie, ha promosso la realizzazione di centri operativi che portano il nome di Benedetta sia in Italia che all'estero. Sono sorti così per rispondere alle specifiche esigenze del territorio: il Centro **Benedetta D'Intino Onlus** di Milano, di Cochabamba (Bolivia) per bambini in stato di denutrizione; di Udayan (India) per bambini figli di lebbrosi; di Marie Bustee (India) per bambini con handicap fisici e mentali.

Mentre i centri esteri affrontano bisogni di tipo primario, legati a problemi di sopravvivenza, alimentazione, mancanza di cure mediche e precarie condizioni socioeconomiche, il centro milanese si contraddistingue per l'elevata specializzazione dei suoi interventi a favore di bambini con disagio psicofisico e delle loro famiglie.

Associazione senza scopo di lucro

Il *Centro **Benedetta D'Intino Onlus***, con una superficie di oltre 1.500 mq, nasce nella zona nord-ovest di Milano come associazione senza scopo di lucro per aiutare bambini e adolescenti con disturbi psicologici, offrire sostegno alle loro famiglie e favorire la comunicazione e l'autonomia in bambini carenti o privi di linguaggio orale.

Si costituisce nel 1994, quando sei colleghe, specialiste in psicoanalisi, psicoterapia e neuropsichiatria infantile, già impegnate nel servizio pubblico, uniscono le loro conoscenze per porre le basi teorico-cliniche dei diversi settori: sono Cristina Mondadori, Claudia Artoni Schlesinger, Roberta Mondadori, Romana Negri, Aurelia Rivarola e Magda Viola.

MINORI

BIBLIOGRAFIA PSICOTERAPICA

Artoni Schlesinger C., *Adozione e oltre*, Borla, Roma 2006.

Barrows P., *Terapia breve con i bambini sotto i cinque anni. Un approccio psicoanalitico*, trad. it., Contrappunto 1999.

Bettelheim B. (1962), *Dialoghi con le madri*, trad. it., Comunità, Milano 1979.

Bion W. R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, trad. it., Armando, Roma 1972.

Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, Borin ghieri, Torino 1972 (volumi 1, 2, 3).

Brazelton T. Berry, Green Span, Stanley J., *I bisogni irrinunciabili dei bambini. Ciò che un bambino deve avere per crescere e imparare*, Raffaello Cortina, Milano.

Cramer B., *Professione bebè*, Bollati Borin ghieri, Torino 1992.

Ferro A., *Il lavoro clinico*, Raffaello Corti na Editore, Milano 2004.

Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V., *I fantasmi nella stanza dei bambini*, in Fraiberg S., *Il sostegno allo sviluppo*, tr. it., Raffaello Corti-

na Editore, Milano 1999, pp. 179-216.

Fraiberg S., *Gli anni magici. Come affrontare i problemi dell'infanzia*, Armando, Roma.

Marcoli A., *Il bambino arrabbiato. Favole per capire le rabbie infantili*, Arnoldo Mondadori, Milano 1996.

Marcoli A., *Il bambino nascosto. Favole per capire la psicologia nostra e dei nostri figli*, Arnoldo Mondadori, Milano 1993.

Marcoli A., *Il bambino perduto e ritrovato. Favole per far la pace col bambino che siamo stati*, Arnoldo Mondadori, Milano 1999.

Meltzer D., Harris M., *Il ruolo educativo della famiglia. Un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento*, Centro Scientifico Torinese, 1986.

Racamier P.C., *Il lavoro incerto. La psiconamica del processo di crisi*, Ed. del Cerro, Tirrenia 1984.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha meno di un anno*, trad. di P. Massimi, 2005, p. 136.

Prima struttura privata accreditata dal Sistema sanitario regionale come Polo di Neuropsichiatria infantile, il centro milanese è stato anche il primo Centro di clinica, ricerca e formazione in Comunicazione aumentativa e alternativa (Caa) sul territorio italiano.

Divenuto Onlus, si finanzia esclusivamente grazie al sostegno della Fondazione omonima e a elargizioni di privati e propone piani tariffari differenziati a seconda della fascia di reddito, nel pieno rispetto delle possibilità economiche delle singole famiglie che si rivolgono a esso per una consulenza.

I settori e le attività

La sua attività è organizzata in due settori:

- Il Settore di Psicoterapia infantile comprende il Servizio per il trattamento psicoanalitico della sofferenza psicologica in età evolutiva, con particolare attenzione ai bambini e alle famiglie affidatarie e adottive, e il Servizio 0-5 anni di psicoterapia breve per famiglie con bambini in età prescolare alle prese con problemi legati alla crescita.

- Il Settore di Comunicazione aumentativa alternativa è dedicato a tutti quei bambini che, a causa

di problematiche presenti nella sfera motoria, cognitiva e del comportamento, hanno bisogni comunicativi complessi. Il centro è presieduto dalla dott.ssa Cristina Mondadori, medico psicoterapeuta e responsabile del settore di psicoterapia. Vicepresidente è la dott.ssa Aurelia Rivarola, neuropsichiatra infantile e responsabile del settore di Caa.

La dott. Wally Capuzzo, psicologa e psicoterapeuta, è consulente scientifica per l'attività clinica e di ricerca e per l'organizzazione di progetti e giornate di studio monotematiche. Tutte svolgono la loro attività presso il centro.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha un anno*, trad. di P. Massimi, 2005, p. 120.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha due anni*, trad. di I. Valdi e G. Bartolomei, 2005, p. 112.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha tre anni*, trad. di T. Valdi e G. Bartolomei, 2005, p. 112.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha quattro anni*, trad. di C. Mattioli e G. Franchi, 2005, p. 112.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha cinque anni*, trad. di L. Ferri e G. Bartolomei, 2005, p. 104.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha sei anni*, trad. di G. Armando, 2005, p. 104.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha sette an-*

ni, trad. di L. Ferri e P. Massimi, 2005, p. 104.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha otto anni*, trad. di L. Ferri e P. Massimi, 2005, p. 96.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha nove anni*, trad. di L. Capozzi e G. Bartolomei, 2005, p. 120.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha dieci anni*, trad. di B. Cardona, 2005, p. 136.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha undici anni*, trad. di C. Ciro, 2005, p. 128.

Rosenbluth D., Harris M., Osborne E. L., O'Shaughnessy E., *Mio figlio ha 12-14 anni*, trad. di G. De Gregorio e G. Bartolomei, 2005, p. 120.

Siegel D., Hartzell Mary, *Errori da non ripetere*, Raffaello Cortina, Milano.

Ukman G., *Se mi vuoi bene dimmi di no*, Franco Angeli, Milano 1997.

Winnicott D. W., *Bambini*, Milano 1997.

Modello a misura del bambino

Il Settore di Psicoterapia opera sul modello psicoanalitico e cerca sempre di coinvolgere la famiglia per il benessere del bambino. I segnali di malessere di un bambino sono innumerevoli e difficilmente catalogabili. Tra i comportamenti sintomatici più frequenti si trovano le crisi ripetute di aggressività incontrollata, rivolta contro gli altri o contro sé stessi. Attraverso il gioco, i bambini raccontano sé stessi, si rivelano, si conoscono e, a poco a poco, conquistano spazi di libertà e di comprensione della

realtà condivisa sempre più ampi, imparano a contenere e a non essere sovrastati dalle proprie paure, ansie e rabbie.

Lo psicoterapeuta e il bambino si trovano in una stanza attrezzata con seggioline, tavoli, scatole di giochi con personaggi della famiglia, animali feroci e domestici, peluche, mattoncini Lego, macchinine, fogli, pennarelli, pastelli, gomma, forbici, righello, scotch, Das ed eventualmente altro materiale. Il bambino sceglie di giocare, disegnare, parlare o tacere. Lo psicoterapeuta è attento a lui, lo osserva, lo ascolta, gioca col bambino e descrive, commenta o in-

terpreta quel che succede.

Il tempo di ogni seduta è di 45/50 minuti e la cadenza varia a seconda delle necessità. Se tutto funziona bene, il bambino ritrova il suo equilibrio: fiducia in sé stesso e nel mondo, è più capace di apprendere e di fare, di vivere e di voler bene.

Valutazione e "restituzione"

Al Centro **Benedetta D'Intino Onlus** arrivano in psicoterapia bambini e adolescenti tra 0 e 18 anni, anche se la maggior parte ha tra i 6 e i 13 anni. Giungono al centro su suggerimento del pediatra o del

MINORI

l'insegnante; talvolta le famiglie vengono inviate direttamente dai servizi del territorio che attualmente sono in grave difficoltà sul procedere a interventi psicoterapeutici prolungati nel tempo per carenza di personale. Inizialmente viene fatta una valutazione psicodiagnostica incontrando prima i genitori e poi il bambino.

Al termine di questo lavoro, viene offerta alla famiglia una "restituzione", cioè un ritratto del bambino e della cultura affettiva familiare. Qualora vi sia l'indicazione e la famiglia sia disponibile, inizia un percorso strutturato di psicoterapia, a breve o a lungo termine. Il centro mantiene vivo il contatto con i propri inviati a tutto vantaggio del piccolo paziente e crea uno scambio di comunicazioni con pediatri, insegnanti, educatori, assistenti sociali (esempio di "lavoro di rete").

Nell'ambito del settore, il centro, in occasione della Giornata dei diritti del bambino, sta organizzando un appuntamento sul tema: "Genitorialità e nuove famiglie", in cui si rifletterà anche sul delicato te-

B I B L I O G R A F I A

Allen Meredith, *Il linguaggio della Comunicazione Aumentativa Alternativa*, Relazione Words+ /Isaac Outstanding Consumer / Users 1998. Trad.it a cura di Isaac Italy in *Argomenti di Comunicazione Aumentativa Alternativa*, n. 2- 2005.

Beukelman D.R. & Mirenda P., *Augmentative and Alternative Communication, Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*, (terza edizione), P. Brookes, Baltimore 2005.

Blackstone S. Social Network, *Augmentative Communication News*, 15:2, 2003, pp. 1-16; traduzione italiana a cura di Isaac Italy.

Rivarola A., *Principi e pratica in CAA*, Milano, 2005 (Testo disponibile sul sito del Centro **Benedetta D'Intino** <http://www.benedettadintino.org>).

Scascighini G. (a cura di), *Comunicazione Aumentativa Alternativa*, ed. SZH, Lucerna 1997.

Schlosser R. W., *The Efficacy of Augmentative Alternative Communication*, Academic Press, San Diego 2003.

Sienkiewicz-Mercer, R., & Kaplan, A.B., *I raise my eyes to say yes*, Boston 1989.

Warrick A., *Comunicare senza parlare*, Torino, Omega Edizioni, ed. originale 1998, trad. it. 2003 (volume che fa parte della collana ufficiale edita dall'Isaac).

ma dell'affido e dell'adozione. Lo scorso anno ha avuto inizio, in collaborazione con i servizi sociali, il progetto "La fase di valutazione", una convenzione con il Comune di Milano finanziata dalla Legge 285 che si propone di rispondere in modo adeguato alle necessità, in materia di tutela dei minori, derivanti da situazioni fami-

liari caratterizzate da forte criticità sociale e disagio relazionale.

Il servizio 0-5 anni

Il servizio si è sviluppato sul modello della Clinica Tavistock di Londra ed è attivo al Centro **Benedetta D'Intino** dal 1996. Si rivolge a genitori di bambini in età prescolare che si sentono insicuri nel loro ruolo, e alle famiglie che sono in difficoltà rispetto alla gestione di alcuni comportamenti messi in atto dai loro bambini (disturbi del sonno, problemi legati al cibo, irrequietezze, aggress-

F I L M O G R A F I A

La storia del cammello che piange di Byambasuren Davaa e Luigi Faraoni (2005).

Il mio piede sinistro di Jim Sheridan (1989).

Lo scafandro e la farfalla di Julian Schnabel (2007).

sività, enuresi) e ad alcuni cambiamenti legati allo sviluppo degli stessi o alle dinamiche familiari (ad esempio: l'arrivo di un fratellino, passaggio al nido, alla scuola materna, separazioni, malattie, lutti).

Si struttura in cinque sedute di un'ora ciascuna e una di *follow up* a sei mesi circa di distanza dall'ultimo dei cinque incontri. Solitamente viene coinvolta tutta la famiglia, che trova così uno spazio di ascolto in cui esprimere le proprie difficoltà, ma è una caratteristica di questo approccio la flessibilità nell'accoglimento e nella distribuzione temporale delle varie sedute.

I genitori divengono più capaci di osservare il bambino, più consapevoli di sé stessi e della tendenza a proiettare sul piccolo proprie esperienze negative provenienti dal passato. Oltre ad aumentare la competenza dei genitori, si possono ripristinare le condizioni di un attaccamento sicuro, aiutandoli a condividere le emozioni positive e il gioco, e a scoprire l'efficacia del contenimento e del rispecchiamento delle emozioni proprie del bambino. Nella maggior parte dei casi i genitori arrivano al servizio per scelta personale, su indicazione del pediatra o del personale educativo. Per questo il Centro **Benedetta** D'Intino organizza incontri con pediatri, inse-

gnanti e responsabili dei servizi all'infanzia. Inoltre, le psicoterapeute del Servizio 0-5 anni collaborano da anni con la rivista *Insieme* (Rcs). Infine, un numero verde, gratuito che garantisce l'anonimato (800.613550), è attivo per tre ore la settimana. Nello spazio della telefonata i genitori possono parlare dei loro problemi, delle loro ansie e dei loro dubbi, certi di essere accolti e ascoltati da un valido psicoterapeuta del centro.

Il servizio telefonico è attivo ogni venerdì dalle 13.15 alle 15.15. A chiamare sono spesso persone che soffrono di isolamento o di confusione in un momento di crisi della loro vita (una maternità tardiva, un trasferimento, la ripresa del lavoro, una separazione, una malattia). Il timore del giudizio sociale, di mostrarsi piccoli, inesperti e sofferenti, può spingere un genitore a cercare una situazione d'aiuto anonima: in un contesto spontaneo e "protetto", infatti, molte persone riescono a interrogarsi, a ricercare dentro di sé e dentro la relazione col figlio le radici del malessere manifestato dal piccolo, mettendosi in gioco e facendo emergere momenti traumatici della propria storia personale, relazionale e familiare.

In alcuni casi una telefonata è sufficiente a fornire qualche spunto in risposta

alle richieste del genitore; in altri, invece, dalla prima chiamata prende avvio una consultazione più stabile presso il centro.

L'importanza di comunicare

La comunicazione è un fondamentale diritto umano e rappresenta la dimensione principale della nostra esistenza come persone. Il sapere di essere riconosciuti e capiti dagli altri, la reale capacità di comprendere i messaggi che ci vengono rivolti, la concreta possibilità di incidere nel nostro ambiente di vita e il poter condividere bisogni e opinioni costituiscono quel tessuto di interazioni che ci fanno essere autenticamente persona. In situazioni di normalità la comunicazione avviene attraverso il corpo, il linguaggio e la scrittura.

Nei casi di disabilità cognitiva, sensoriale o motoria, sia temporanea che permanente, congenita o acquisita, le persone non possono affidare la propria comunicazione al corpo, alle espressioni del volto, alla voce e frequentemente neppure alla scrittura. «La gente pensa che chi non può parlare non può neppure pensare». Così ha scritto Ruth Sienkewicz-Mercer, una donna affetta da esiti di paralisi cerebrale infantile, che ha passato dodici anni in un istituto per insuffi-

M I N O R I

cienti mentali, nel suo libro *I raise my eyes to say yes*. Meredith Allan, una giovane australiana, ha dichiarato: «Il mio futuro prima che mi ammalassi era senza limiti. I limiti sono cominciati quando mi sono svegliata dopo l'operazione e ho dovuto ricostruire la mia realtà». Ruth e Meredith, esiliate in un mondo nel quale il silenzio non è stato una scelta ma una condizione forzata, hanno vissuto buona parte della loro vita emarginate e incomprese e relegate a una condizione di totale "non attenzione", fino a quando sono riuscite a superare questi limiti attraverso l'utilizzo delle strategie di Comunicazione aumentativa e alternativa.

Per compensare le menomazioni

La Comunicazione aumentativa e alternativa (Caa) rappresenta una particolare area della pratica clinica che cerca di compensare le menomazioni e le disabilità delle persone che presentano un grave disturbo della comunicazione, sia sul versante espressivo che su quello recettivo. Tale approccio mira a ridurre, contenere e compensare la disabilità comunicativa di questi soggetti attraverso il potenziamento delle abilità già presenti e disponibili, la valorizzazione e il consolidamento delle mo-

dalità naturali e l'introduzione e l'impiego di modalità speciali. La Caa è, quindi, tutto quello che aiuta chi non può parlare a comunicare: strumenti, tecniche, ausili, ma soprattutto partner comunicativi che interagiscano con la persona disabile e le offrono reali occasioni di partecipazione.

Intraprendere un programma simile richiede uno sforzo notevole da parte della persona disabile, della sua famiglia, dei suoi principali partner comunicativi e dei professionisti coinvolti. In un progetto di Caa bisogna innanzitutto identificare, interpretare e valorizzare il sistema di comunicazione esistente. È importante comprendere il modo di esprimere accettazione o rifiuto, dare significato alla mimica del volto, allo sguardo, alla pantomima, ai gesti usati e capire e codificare il modo di rispondere "Sì" e "No".

Partire dalle abilità presenti

L'identificazione del sistema di comunicazione esistente permette di costruire nuove competenze a partire dalle abilità presenti e di consigliare strategie, strumenti e ausili di comunicazione – sia a bassa (simboli, tabelle di comunicazione) che ad alta tecnologia (ausili con uscita in voce e supporti informati-

ci) – che realmente migliorino le possibilità comunicative. Per raggiungere questo obiettivo è prioritario conoscere i bisogni e le occasioni di comunicazione della persona disabile in tutti gli ambienti di vita.

Un ausilio innovativo

Ad esempio, un ausilio con uscita in voce (Voca), anche di semplice uso, utilizzato a scuola con un preciso obiettivo comunicativo, può supportare il coinvolgimento di diversi partner comunicativi e di favorire interazioni frequenti, motivanti e prolungate anche per bambini con gravi difficoltà motorie e con abilità linguistiche e cognitive limitate. Lo stesso Voca risulta inutile se usato a casa con funzione di richiamo da un bambino che già soddisfa questo bisogno con modalità naturali (per esempio, suoni vocalici). Sarebbe inoltre un grave errore sottoporre una persona disabile a un lungo *training* per imparare a "usare" una tabella o ad "attivare" un Voca, sperando che, anche in mancanza di motivazione e di opportunità comunicative reali, possa imparare abilità pragmatiche come, ad esempio, iniziare o mantenere la conversazione. Gli ausili, le tabelle di comunicazione con simboli o i Voca non hanno infatti mai trasformato un uten-

te di Caa in un competente comunicatore, soprattutto quando il loro utilizzo non è stato impostato in funzione dei bisogni e degli ambienti di vita. Questo e altri pregiudizi influenzano ancora la diffusione della Caa in Italia; il più frequente è la convinzione che un intervento di Caa possa inibire o ritardare l'eventuale comparsa del linguaggio orale. La letteratura e le esperienze cliniche attestano che la Caa non inibisce la naturale abilità del bambino a sviluppare la comunicazione vocale, al contrario, ne può favorire l'emergere aumentando le occasioni d'interazione.

Il Servizio di Caa

Il Servizio di Caa offre interventi clinici, consulenze su casi per la programmazione dell'intervento di Caa, supervisioni su casi seguiti da équipe territoriali e da centri diurni o istituti per disabili.

Inoltre propone la Scuola annuale di formazione in Caa e seminari di approfondimento su temi specifici, corsi per "facilitatori della comunicazione" e corsi per genitori. Infine offre un servizio di prestito ausili, il supporto per svolgere tesi e la possibilità di consultare la maggiore raccolta bibliografica in Italia su temi di Caa.

Cristina Mondadori