

Professioni sociali	Problemi sociali e approcci psicologici	<i>D. Ranci Agnoletto</i>	1
Valutazione e qualità	Processi di valutazione nella formazione delle professioni di aiuto	<i>S. Ligabue</i>	2
Affido e adozione	Dalla coazione al cambiamento	<i>S. Cirillo</i>	8
Famiglia	Conflittualità e cura della genitorialità	<i>M. Rognoni</i>	10
Famiglia	Compagni di viaggio. Lavorare con le coppie	<i>E. Cassoni, S. Filippi</i>	13
Professioni sanitarie	Il counselling nelle professioni sanitarie	<i>A. Tissot</i>	18

Prospettive Sociali e Sanitarie

anno XXXVIII - n. 5 - 15 marzo 2008

Con questo numero PSS affronta due diversi temi. Il primo riguarda la formazione degli psicologi, in specifico nelle scuole di specializzazione in psicoterapia, che costituiscono un fattore fondamentale per l'esercizio dell'attività clinica. Il secondo tratta l'intreccio tra approccio clinico e intervento sociale attraverso alcune pratiche che, pur seguendo itinerari già noti, testimoniano la ricerca di nuovi percorsi rispetto ad aree emergenti di disagio diffuso.

All'editoriale di presentazione dei contenuti del fascicolo segue un primo articolo, che prende in considerazione il rapporto tra formazione e valutazione nelle professioni d'aiuto. Gli articoli successivi affrontano, con il profilo indicato, diverse tematiche di sofferenza sociale di grande attualità: minori a rischio, coppie separate, coppie in difficoltà, crisi dei ruoli genitoriali. In chiusura, l'importanza della valutazione nell'ambito del counselling nelle professioni sanitarie.

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Alessandro Battistella, Ugo
De Ambrogio, Cristiano Gori
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani
e-mail: pss@irsonline.it

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela
Casartelli, Alfonso Gambino,
Vittorio Glassier, Francesca
Merlini, Daniela Mesini, Sergio
Pasquinelli, Paolo Peduzzi,
Franco Pesaresi, Dela Ranci
Agnoletto, Edoardo Re, Giorgio
Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Luca
Beltrametti, Paolo Bosi,
Annamaria Campanini, Maria
Dal Pra Ponticelli, Maurizio
Ferrera, Marco Geddes da
Filicaia, Antonio Guaita,
Luciano Guerzoni, Francesco
Longo, Gavino Maciocco,
Marco Musella, Franca Olivetti
Manoukian, Giuseppe A.
Micheli, Nicola Negri, Fausta
Ongaro, Valerio Onida, Marina
Piazza, Costanzo Ranci, Chiara
Saraceno, Maria Chiara Setti
Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24
20123 Milano
Tel. 0246764276
Fax 0246764312
<http://pss.irs-online.it/>

Abbonamenti

Letizia Cucchi
e-mail: pss.abbo@irsonline.it
ccp. n. 36973204

Abbonamento 2008

Euro 50,00 (privati)
Euro 55,00 (associazioni di
volontariato e coop. sociali)
Euro 75,00 (enti)
Euro 85,00 (estero)
L'abbonamento decorre
dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Editing e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

La Fenice Grafica
Via Roma 71
26812 Borghetto Lodigiano (LO)
Tel. 037180864

Registrazione

Tribunale di Milano
n. 83 del 5-3-1973.

È vietata la riproduzione dei
testi, anche parziale, senza
autorizzazione.

Prezzo per copia

Euro 3,50

sede d'esame, indicatore di competenza in termini di processi paralleli. La capacità di costruire nell'aula d'esame un "buon" processo relazionale, con uno scambio intersoggettivo proficuo, dove esaminando ed esaminatori possano mettersi in gioco e permettersi uno scambio effettivo nel tempo di lavoro comune, con attenzione particolare al processo comunicativo e di *feed-back*, è un buon indicatore di qualità.

CONCLUSIONI

Considero la valutazione in ambito formativo (particolarmente quando si tratti di formarsi alla relazione di cura) un terreno, seppur molto esplorato, ancora aperto a nuove riflessioni e approfondimenti teorici e operativi. Se considerata dal vertice dell'intersoggettività, la valutazione consente di prendersi cura sia delle relazioni tra le persone nei diversi ruoli, sia delle diverse esigenze e livelli di contesto istituzionale.

Credo sia importante mantenere attiva una tensione etica (oltre che teorica e tecnica) al rapporto interpersonale, in un'ottica di parità relazionale anche in ambito valutativo, con un'attenzione alla deriva dell'abdicare alla funzione di valutazione o, viceversa, ad assumerla in modo autoritario. Costruire un rapporto di *feed-back* e di scambio aperto, trasparente, mantenendo il rispetto e la fiducia che consentono di affrontare i problemi e le divergenze, è ciò che rende la valutazione momento formativo e insostituibile occasione di crescita personale e professionale, testimoniando la buona salute di un'istituzione.

Bibliografia

- Bandler R., Grinder I., *La struttura della magia*, Astrolabio, Roma, 1981.
- Beebe B., Lachman F., *Infant research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico diadico delle interazioni*, Cortina, Milano, 2003.
- Berne E., *Principi di terapia di gruppo*, Astrolabio, Roma, 1986.
- Bond T., "Intimità, rischio e reciprocità in psicoterapia: complesse sfide etiche", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 47, 2007.
- Carli L., Rodini C. (a cura di), *Le forme di intersoggettività. L'esplicito e l'implicito nelle relazioni interpersonali*, Cortina, Milano, 2008.
- Cassoni E., "Il processo parallelo tra supervisione e terapia. Occasione di reciprocità", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 42, 2004.
- Castoldi M., *Verso una scuola che apprende*, Seam, Roma, 1995.
- Cerini G., "La valutazione tra autonomia delle scuole e standard nazionali", *Educazione & scuola*, 2005, www.edscuola.it/archivio/riformeonline/valutazione.htm
- De Ambrogio U., "Il contratto triangolare come strumento di analisi organizzativa", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 23, 1998.
- Devoto G., Oli G. C., *Dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze, 1971.
- European Association for Transactional Analysis, "Eata Ethical Code", *Eata Newsletter*, 87, 2006.

English F., "I contratti triangolari", in id., *Essere terapeuta*, La Vita Felice, Milano, 1998.

Franchi G., Segantini T., *Avere successo a scuola*, La Nuova Italia, Firenze, 1995.

Gardner H., *Intelligenze multiple*, Anabasi, Milano, 1994.

Lavelli M., *Intersoggettività. Origini e primi sviluppi*, Cortina, Milano, 2007.

Ligabue S., "Modi della relazione. Stati dell'Io, copione, corpo", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 41, 2004.

Ligabue S., "Valutazione e qualità della formazione alla relazione di cura", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 47/48, 2007.

May R., "L'indirizzamento esistenziale", in Arieti S., *Manuale di psichiatria*, vol. III, Boringhieri, Torino, 1969.

Mazzetti M., "Supervisione in analisi transazionale: un modello operativo", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 42, 2004.

McGrath G., "Etica, confini e contratti: come applicare principi morali", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 25, 1998.

Migone P., "La ricerca in psicoterapia: storia, principali gruppi di lavoro, stato attuale degli studi sul risultato e sul processo", *Rivista sperimentale di freniatria*, CXX, 2, 1996, www.psychomedia.it/spr-it/artdoc/migone96.htm

Migone P., "Efficacia della psicoterapia ed efficacia della formazione", *Quaderni di psicologia,*

analisi transazionale e scienze umane, 47, 2007.

Orange D. M., Atwood G. E., Stolorow R. D., *Intersoggettività e lavoro clinico*, Cortina, Milano, 1999.

Rotondo A., "La contrattualità in analisi transazionale", *Neopsiche*, 4, 8, 1986.

Rotondo A., "Intersoggettività: un presupposto dell'analisi transazionale", *Atti del Congresso italiano di AT*, Roma, novembre 1991.

Rotondo A. (a cura di), "Processi formativi. Qualità ed etica della valutazione", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 47/48, 2007.

Steiner C., *Copioni di vita*, La Vita Felice, Milano, 1999.

Stern D., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Stern D., *Le interazioni madre e bambino nello sviluppo e nella clinica*, Cortina, Milano, 1998.

Stewart J., Joines V., *L'Analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*, Garzanti, Milano, 1990.

Stolorow R. D., Atwood G. E., *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Tschuschke V., Dies R., "Il contributo del *feed-back* nell'esito della psicoterapia di gruppo a lungo termine", *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*, 25, 1998.

Wollams S., Brown M., *L'Analisi transazionale*, La Cittadella, Assisi, 1985.

Dalla coazione al cambiamento

Stefano Cirillo *

Psicoterapeuta della famiglia

Mi sono avvicinato al campo degli interventi nei contesti sociosanitari quasi trent'anni fa, a partire dall'introduzione nelle politiche assistenziali italiane dell'affido familiare, misura allora pressoché sconosciuta nel nostro Paese. L'Italia si ispirava all'epoca al modello francese, diffuso qui da noi dai lavori di M. Soulé, il quale avvertiva che l'affidamento non rappresentava un intervento di routine, bensì un progetto di alta tecnica psicosociale ed educativa. Lavorare sull'affido non implicava quindi, per uno psicologo, solamente possedere delle buone competenze cliniche nel settore delle famiglie assistite dai servizi e dei minori in difficoltà, ma anche saper promuovere collaborazioni tra servizi diversi, tra chi si occupava del bambino, di regola allora le sole assistenti sociali comunali, e chi si occupava delle famiglie, per lo più gli psicologi dei consultori familiari.

Nella realizzazione di questi percorsi di collaborazione, la città di Genova agli inizi degli anni '80 era all'avanguardia.¹ L'ottica che si cercava all'epo-

ca di portare avanti era quella di "capire prima di fare" (Cirillo, 1986), vale a dire uscire dalla logica dell'emergenza, degli interventi che si risolvevano nella pura tutela del minore, e verificare anzitutto che le cause che rendevano necessario l'allontanamento del minore fossero effettivamente rimuovibili in un tempo dato, attraverso un lavoro sulla famiglia, in modo da rispettare la temporalità dell'affido.

A questa medesima logica si ispira il mio successivo lavoro con le famiglie maltrattanti, inviate in forma coatta dal Tribunale per i minorenni al Centro per il bambino maltrattato (Cbm) di Milano: dopo una prima misura di protezione nell'immediato, solitamente il collocamento in comunità, il giudice formulava un quesito relativo al successivo provvedimento da assumere a medio termine. In estrema sintesi, il magistrato desiderava sapere se si poteva prevedere che il bambino tornasse a casa in condizioni di sicurezza o se, viceversa, avrebbe dovuto essere avviato all'adozione.

Nasce dunque in questo momento il dispositivo della valutazione della recuperabilità delle funzioni genitoriali (Cirillo, Di Blasio, 1989). Questa si differenzia dalla valutazione preliminare delle capacità (o delle competenze) dei genitori, che è un'osservazione descrittiva di fatti oggettivi, cioè tanto del danno patito dal minore quanto dei relativi comportamenti inadeguati dei genitori che lo hanno causato. Tale valutazione è compiuta nella fase dell'indagine psico-sociale e consente al tribunale di emettere, se del caso, un primo decreto di protezione. La successiva valutazione della recuperabilità, invece, dopo aver formulato una diagnosi eziopatogenetica su tali fatti, deve concludersi con una prognosi, che indichi al giudice se è possibile prevedere che il servizio metta in atto un trattamento efficace per poter indurre o meno nei genitori il cambiamento auspicato, e quindi se sia immaginabile o no il rientro dei bambini in famiglia.

Negli anni '90, si diffonde sempre più la consapevolezza che i danni subiti dai bambini in famiglia non si esauriscono in quelli vistosi prodotti dalla violenza fisica, o dall'abuso sessuale, o dalla strisciante e prolungata trascuratezza, ma che è necessario porre attenzione anche agli effetti che hanno sui figli gli atteggiamenti distorti tenuti da genitori gravemente sofferenti, come i pazienti psichiatrici, gli alcolisti, i tossicodipendenti, le cui fragilità personali rischiano di tradursi in incompetenze genitoriali (Fava Vizziello e al., 1991).

Tale consapevolezza consente la sperimentazione di protocolli di collaborazione tra servizi minori e servizi adulti, in una formula analoga, ma più matura, di quella messa in atto vent'anni prima attorno al progetto sull'affido familiare: qui si tratta di mettere "in rete" (termine che entra in questi anni nell'uso degli operatori) i servizi per minori, sia quelli comunali (che non sono più monoprofessionali, ma che ora comprendono spesso, accanto all'assistente sociale, anche lo psicologo e l'educatore), sia quelli specialistici, come la neuropsichiatria infantile, con i servizi per gli adulti, quali i Sert, i Nuclei di psicologia, i Servizi psichiatrici.

Solitamente, all'origine di questi protocolli sperimentali sono alcuni operatori dei Sert, più disponibili a interrogarsi sulla sorte dei figli dei propri pazienti, sia perché si tratta spesso di operatori che provengono da esperienze di lavoro nei servizi per i minori, sia perché i loro utenti sono per lo più giovani, e quindi con bambini piccoli o piccolissimi, e non di rado con indicatori certi di danno patito, come la nascita in crisi

d'astinenza, e quindi sicuramente bisognosi di tutela. A volte i Sert riescono a coinvolgere nella loro proposta di una collaborazione in rete anche i colleghi di altri servizi, oltre a quelli che abbiamo menzionato più sopra, come i reparti di ostetricia e neonatologia degli ospedali, o le comunità per minori, o quelle per madri con bambini.

Come ho cercato di descrivere nel mio ultimo lavoro (2005), il lavoro in rete va articolato secondo precisi modelli organizzativi, che specifichino chi svolge le funzioni di protezione del minore, delegate dal Tribunale (solitamente i servizi comunali, cui i minori vengono affidati) e chi svolge i compiti di valutazione della recuperabilità dei genitori, che di preferenza andrebbero assegnati ai servizi per adulti, maggiormente competenti sul piano clinico. Si tratta infatti di cercare di agganciare in un percorso di cambiamento soggetti assai difficili, non motivati e resistenti, utilizzando l'invio del Tribunale per i minorenni in analogia a quanto già si fa con altri invianti prescrittivi: si veda il Trattamento sanitario obbligatorio (o l'Accertamento sanitario obbligatorio) in psichiatria, che si propone di trasformare una presa in carico prescritta dal sindaco per un soggetto pericoloso, o a sé o agli altri, in un intervento di cura accettato dal paziente; oppure l'ingresso in comunità terapeutica di un tossicodipendente in alternativa alla detenzione, così come la presa in carico disposta dalla Procura per un giovane trovato in possesso di sostanze stupefacenti, o la messa alla prova di un minore che ha compiuto un reato. Come per tutti questi potenziali utenti, anche per i nostri genitori inadeguati, sui figli dei quali sia stato accertato un danno, la scommessa è quella di partire dalla coazione per suscitare una motivazione al cambiamento.

Il modello di lavoro va organizzato per fasi, a ciascuna delle quali corrisponde un obiettivo e una ripartizione dei compiti.

1. Segnalazione. Ciascuno dei servizi della rete è tenuto a segnalare lo stato di pregiudizio di un minore di cui venga a conoscenza: non si tratta cioè di una funzione che sia propria di un servizio in particolare. Così possiamo avere segnalazioni che provengono dall'ospedale, che rileva la nascita di un neonato in crisi d'astinenza; dalla scuola, dove un bambino arriva trascurato, affamato, insonnolito; dalla psichiatria, che si rende conto che una propria paziente paranoica ha dei bambini piccoli che rischiano di essere trascinati dentro il suo delirio; dal Sert, che verifica che i figli dei propri utenti seguono i genitori

nei luoghi dello spaccio, e così via. È importante che la segnalazione venga effettuata nella massima trasparenza (eccezion fatta per le notizie di reato, come l'abuso sessuale, che devono venir comunicate dal magistrato penale), sottolineando il dovere di proteggere il bambino, che non annulla il mandato di cura e trattamento al genitore, finalizzato a che non debba più nuocerli.

2. Indagine. Viene di solito condotta dal servizio sociale per quel che riguarda la raccolta dei dati anamnestici e della vita concreta. Può essere necessario affiancarvi le competenze sia di servizi specialistici per l'infanzia, per accertare il danno già subito dal bambino (per esempio attraverso la somministrazione di test) o il rischio che corre, sia dei servizi per adulti, per corredare la relazione al giudice di elementi diagnostici sui genitori (diagnosi psichiatriche e psicologiche, dipendenza da sostanze, ecc.), così come è opportuno corredare l'indagine con le informazioni in possesso dai servizi di base (pediatra, medico di famiglia, consultorio, servizi educativi, scuola, ecc.).

3. Protezione. È compito dei servizi affidatari applicare le disposizioni contenute nel decreto del giudice, ma può essere di vitale importanza che i servizi per gli adulti esprimano preventivamente il loro parere in merito alla ricaduta sul loro utente di una specifica misura protettiva: è il caso, mille volte dibattuto, dell'affido a parenti, circa il quale Sert o Psichiatria solitamente sono in possesso di elementi che lo suggeriscono, se è motivato da un genuino desiderio di aiutare tanto il piccolo quanto l'adulto in difficoltà o, viceversa, lo sconsigliano, nell'eventualità, assai frequente, che i parenti che si candidano siano mossi da un più o meno conscio desiderio di accaparrarsi il bambino, finendo per far precipitare il genitore (pur inizialmente consenziente) in un inarrestabile peggioramento.

4. Valutazione della recuperabilità. Come detto sopra, è solitamente vantaggioso che sia affidata al servizio cui compete la cura della patologia dell'adulto in questione, in modo che il genitore possa incontrare i curanti più esperti e preparati, in modo da essere auspicabilmente agganciato in un successivo percorso di cura. Può essere una buona prassi che il primo incontro di valutazione abbia luogo nella sede del servizio specialistico che la svolgerà, alla presenza degli ope-

Note

* Centro per il bambino maltrattato, Milano.

1 Il contributo è la rielaborazione del modello teorico di sostegno a un percorso formativo, avviato alla fine degli anni '90 nell'ambito del Progetto Affido familiare e ripreso dai Servizi sociali e sanitari di una Zona del Centro genovese. Il percorso continua tuttora, come supervisione e sostegno all'applicazione del modello.

ratori cui è affidato il minore e di tutti gli altri che collaborano all'interno della rete. Questa riunione consente di concretizzare quella trasparenza che caratterizzerà tutto il lavoro, contrastando i meccanismi di scissione tra operatori "buoni" e "cattivi" che gli utenti potrebbero mettere in atto. L'incontro inaugura una prassi che continuerà per tutta la presa in carico, in cui il valutatore riceve dai colleghi che esercitano il controllo il materiale su cui lavorare, e questi ultimi a loro volta saranno informati di come procede la valutazione, in modo da poter prendere le proprie decisioni in merito a visite, contatti telefonici, permessi, rientri e così via.

5. Relazione al Tribunale. Contiene diagnosi e prognosi formulate dal servizio specialistico, su cui si dovranno fondare le decisioni della camera di consiglio in merito al progetto a medio termine sul bambino (in caso di prognosi positiva, rientro immediato in famiglia o passaggio in affidamento familiare nel tempo necessario al consolidamento del cambiamento dei genitori; in caso di prognosi negativa, avvio della procedura per l'adottabilità). Il servizio affidatario dovrà poter corroborare con dati di osservazione concreta (per esempio, andamento delle visite protette o dei rientri di prova in famiglia) le conclusioni dei colleghi. È fondamentale che la famiglia (bambini e adulti) conosca dettagliatamente il contenuto della relazione al giudice.

6. Terapia. Il servizio specialistico per gli adulti avrà acquisito, in caso di prognosi positiva, il consenso dei genitori a proseguire un trattamento che non sia più fondato esclusivamente sulla coazione. Diverse forme di terapia potranno essere previste: familiari, con adulti e bambini assieme, parallele (genitori da una parte e bambino dall'altra), e così via. Va sottolineato che i differenti formati saranno già stati sperimentati durante la valutazione, senza trascurare gli allargamenti alla famiglia d'origine di ciascuno dei due genitori. In caso di prognosi negativa, è necessario prevedere l'opportunità di un lavoro di accompagnamento al lutto: per il bambino, che deve separarsi senza sensi di colpa dal genitore per poter accettare di essere trapiantato in una nuova famiglia; per l'adulto, che deve integrare il limite di non saper assumere la genitorialità, per proseguire il proprio percorso di vita (talvolta anche con il sollievo di essere alleggerito di un compito superiore alle sue forze).

Non c'è chi non veda come questo modello organizzativo presenti enormi vantaggi rispetto a quello fondato sul ricorso a tappeto alle Consulenze tecniche d'ufficio, i cui limiti temporali

impongono forzatamente una rottura della relazione, professionale e umana, a utenti già assai fragili e che hanno conosciuto molteplici esperienze di perdita nella propria vita. Odette Masson (1996), una delle maggiori esperte internazionali nella clinica del maltrattamento, denuncia la "discontinuità delle cure" come il più grave maltrattamento istituzionale imposto ai genitori in gravi difficoltà.

Conflittualità e cura della genitorialità

I comuni di Rozzano, Locate Triulzi, Opera e Basiglio, con la collaborazione del CbM di Milano, nell'anno 2003 hanno attuato un innovativo progetto di servizi per le famiglie ed i minori.

L'articolazione dei servizi ha previsto la connotazione di diverse equipe: sei composte da psicologo e da assistente sociale, dislocate sul territorio, quindi di primo livello, denominate "equipe territoriali"; una, composta da terapisti familiari e assistenti sociali, di secondo livello, denominata "equipe centrale".

In questo quadro organizzativo, l'equipe territoriale nella fase di rilevazione focalizza l'attenzione nei confronti di minori che subiscono maltrattamenti; quindi ha la possibilità di scegliere, a seconda dei casi, la forma più adeguata di protezione dei minori e di coinvolgimento dei genitori, fino ad arrivare alla segnalazione all'autorità giudiziaria della situazione della famiglia in difficoltà. Dopo una prima fase di rilevazione e di coinvolgimento diretto della famiglia, l'equipe territoriale può decidere di inoltrare una segnalazione alla Magistratura minorile, perché venga prescritta una diagnosi delle relazioni familiari sulle cause del maltrattamento e sulle possibilità di recupero della famiglia.

All'equipe centrale di valutazione e trattamento compete la fase della prognosi, che può essere positiva relativamente alla recuperabilità delle competenze genitoriali e della relazio-

Bibliografia

Cirillo S., *Famiglie in crisi e affidamento familiare*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986.

Cirillo S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina, Milano, 2005.

Cirillo S., Di Blasio P., *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milano, 1989.

Fava Vizziello G., Colucci R., Disdan G., *Genitori psicotici*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.

Masson O., "Heurs et malheurs des interventions médico-sociales", *Thérapie Familiale*, vol.17, 1, 1996, pp. 31-45.

Soulé M., Noel J., Bouchard F., *L'affidamento familiare. Tecniche e prospettive*, Armando, Roma 1971.

Marina Rognoni *

Psicologa psicoterapeuta

ne genitori e figli; viceversa, può essere una prognosi negativa della recuperabilità delle competenze genitoriali, che comporta quindi un'irrecuperabilità della relazione genitori e figli.

Agli operatori dell'equipe centrale, composta, come si diceva, da un'assistente sociale e due psicoterapisti familiari, viene inviata dai colleghi dell'equipe territoriale la situazione di una coppia, Carla e Michele, con un mandato del Tribunale per Minorenni, perché venga controllata e sostenuta la situazione dei minori e dei genitori, fornendo a questi ultimi un supporto finalizzato alla chiarificazione della loro vicenda di coppia e ad un migliore esercizio della genitorialità.

I terapisti familiari, nel trattamento della coppia genitoriale, focalizzano sostanzialmente il proprio intervento sulla recuperabilità delle competenze genitoriali, che paiono relativamente compromesse da un legame conflittuale e dalla difficoltà dei singoli di accedere a modalità relazionali più integrate ed evolute.

Il ruolo dell'assistente sociale dell'equipe centrale si declina a più livelli, come un coordinamento volto a mantenere una rete di interventi che incrementino i fattori protettivi messi in atto a favore dei minori dall'equipe territoriale, come controllo e sostegno nei confronti dei genitori che possono sentirsi affiancati nel momento in cui devono cercare strategie e modalità