

SoFa: Sostegno alle Famiglie

Family Support

G.Bismuto, C.Capasso, M.C Castaldo, N.Gasparini*, M Giordano

L'Orsa Maggiore cooperativa sociale info@orsamaggiore.net

*Pediatria di famiglia ASL Na1 Centro

Obiettivi Il servizio ha lo scopo di rafforzare la soggettività della donna-madre; sostenere la relazione madre-figlio; promuovere e tutelare il benessere del bambino piccolo; promuovere legami formali ed informali nel territorio, sostenendo l'accesso e l'integrazione nel sistema dei servizi e delle opportunità sociali assistenziali sanitarie educative e lo sviluppo di rapporti sociali tra persone e famiglie in un'ottica di solidarietà e reciproco aiuto. **Soggetti e Metodi** 50 casi tra il 2009-2014 trattati attraverso l'home visiting. **Risultati** sono emerse problematiche di natura socio sanitaria e sono quindi stati attivati legami formali e informali nei territori con interventi complessi e personalizzati. **Conclusioni** Snodo cruciale è la relazione tra la madre e l'operatrice, la formazione e supervisione delle tutor, l'integrazione costante dell'Equipe Territoriale Integrata.

Objectives The service aims to strengthen the subjectivity of the woman-mother, support the mother-son relationship, promote and protect the wellness of the young child, promote formal and informal ties in the urban area, supporting both access and system integration, offer services and social opportunities health care education and the development of social relationships between people and families in a spirit of solidarity and mutual aid. **Subjects and Methods** 50 cases between 2009-2014 treated through home visiting. **Results:** issue emerged in socio health area and are then activated ties formal and informal by complex and "ad hoc" interventions. **Conclusions** Joint crucial is the relationship between the mother and the worker, the training and supervision of the tutor, the Equipe Territorial Integrated constant integration.

“Se una comunità tiene ai suoi bambini deve proteggere i suoi genitori” Bowlby 1951. Uno dei primi autori ad intuire la centralità del sostegno genitoriale precoce per lo sviluppo del bambino apre la strada a numerosi studi. Diverse ricerche e sperimentazioni di programmi in questa direzione sono state avviate in Europa e negli Stati Uniti (particolarmente rilevanti quelle realizzate con successo da più di 10 anni da David Olds ad Elmira, negli Stati Uniti) affiancando la madre sin dalla nascita e in tutto il primo anno di vita del bambino e facilitando l'instaurarsi di una buona relazione di attaccamento, attraverso l'attivazione e il supporto delle risorse che il nucleo familiare possiede e non proponendo un modello sostitutivo rispetto alle disfunzioni e alle patologie dei genitori: si può realizzare una prevenzione precoce in campo perinatale soltanto prendendo radicalmente le distanze da una cultura della riparazione, sostituendola con una cultura dell'anticipazione delle competenze genitoriali. In particolare si fa riferimento alla “visita domiciliare” (VD) buona pratica sviluppata da Kempe (1) e Olds (2,3), e in Italia da Tamburlini (4), Ammanniti (5), Pedrocco Biancardi (6). Gli interventi domiciliari si integrano con altri interventi di tipo sociale, clinico, educativo, nella consapevolezza che non si possono fronteggiare i bisogni delle famiglie che presentano problematiche multidimensionali con interventi unidimensionali.

Il Progetto Sostegno alle famiglie (SoFa) nasce all'interno di una progettualità condivisa tra Comune di Napoli (Servizio politiche per l'infanzia e Servizi Sociali Territoriali, CSS), ASL Napoli 1 centro (Dipartimento fragilità e Materno Infantile), ed il Terzo settore rappresentato da cooperative sociali esperte in servizi per le famiglie: il **Programma di Sostegno alle famiglie delle bambine e dei bambini dei territori a ritardo di sviluppo**, sulla base della Delibera n. 2063 del 13/12/2006 dalla Giunta della Regione Campania (BURC n. 4 del 15/1/2007) e di successivi atti di gara del Comune per la copertura complessiva di 36 mesi non consecutivi, nell'arco di 5 anni (2009-2014).

Il Comune ha infatti stanziato – attraverso una Gara d'appalto - i fondi di provenienza regionale per l'attivazione di un servizio di sostegno alla genitorialità attraverso la costituzione di un'Equipe Territoriale Integrata (ETI) composta da referenti dei CSS, dell'Asl con l'Unità Operativa Materno Infantile che esprime a livello territoriale i servizi di base di prevenzione e sostegno e della cooperativa che gestisce un servizio di educativa domiciliare volto a consentire l'apprendimento, la sperimentazione e lo sviluppo delle potenzialità genitoriali.

All'interno del Servizio il modello di VD a cui si fa riferimento è quello che si inserisce nella scia del più ampio Programma di prevenzione e contrasto del rischio sociale (6,7) in cui la nostra Equipe ha sviluppato particolare attenzione alla prevenzione della violenza ed al sostegno ai legami di attaccamento, coniugando interventi educativi domiciliari con azioni di inclusione sociale.

Obiettivi del Servizio sono: rafforzare la soggettività della donna-madre; sostenere la relazione madre-bambino; promuovere e tutelare il benessere del bambino piccolo; promuovere legami formali ed informali nel territorio, sostenendo sia l'accesso e l'integrazione nel sistema di offerta dei servizi e delle opportunità sociali assistenziali sanitarie educative sia lo sviluppo di rapporti sociali tra persone e famiglie in un'ottica di solidarietà e reciproco aiuto .

SOGGETTI Il Servizio prevede la presa in carico di nuclei familiari vulnerabili per un percorso di VD 'a breve termine' della durata di 6 – 12 mesi in un territorio deprivato, che presenta fattori di rischio in diversi ambiti: precarie o inadeguate situazioni abitative, neo-mamme adolescenti, basso livello di istruzione, basso livello socio-economico, mancanza di rete e riferimenti culturali, isolamento sociale. Il territorio è quella della Municipalità 9, Soccavo e Pianura del Comune di Napoli

Per ciascuna famiglia sono previsti mediamente 3 interventi familiari per una media di 6,50 h settimanali. La durata media è stata 10 mesi. L'età media dei bambini presi in carico è 20,9 mesi. Il 44% delle madri è infra ventenne.

Metodi: Il Progetto cui si è partecipato mette in atto percorsi di sostegno familiare attraverso il lavoro di un'ETI composta per il Comune da un'assistente sociale con funzioni di coordinatore sociale, per l'Asl da psicologi ed assistente sanitaria, per il Terzo settore dal coordinatore dell'èquipe degli operatori (tutor): questo permette l'attuazione di un progetto il più possibile rispondente alle esigenze/difficoltà della famiglia, connettendo le diverse risorse tra loro, in modo dialettico e dinamico. Sono coinvolti come componenti esperti ad hoc per specifiche situazioni il pediatra di famiglia, il mediatore culturale, ecc.

L'èquipe è stata sostenuta attraverso un'offerta complessa articolata in: incontri settimanali dell'èquipe interna finalizzati all'elaborazione emotiva, alla discussione metodologica e alla riprogettazione organizzativa. Gli incontri sono programmati e gestiti dalla coordinatrice con il supporto ogni 2 settimane di un esperto sui temi metodologici ed ogni 2 settimane una supervisione sui vissuti emotivi. Inoltre in una prima fase il Comune ha programmato e gestito incontri territoriali integrati di formazione/supervisione con l'intera ETI finalizzati a sostenere la cooperazione ed il confronto interdisciplinare e giornate cittadine di formazione per promuovere e consolidare una cultura della prevenzione e del sostegno precoce alla genitorialità. Entrambe le offerte sono state curate da esperti del Comune e dell'Asl con formazione sociale, psicologica, medica.

La VD viene concepita come uno strumento per offrire percorsi di prevenzione ed aiuto alle famiglie; infatti, attraverso l'intervento, gli operatori offrono un'esperienza relazionale di contenimento ed accompagnamento. La VD si pone come momento per conoscere ed intervenire nell'ambiente in cui la famiglia vive, per poter garantire un sostegno più adeguato e prevenire il possibile rischio sociale; è un'opportunità per condividere l'impegno di cura in modo esplicito e cooperativo, affrontando i temi della quotidianità, in un'ottica di scambio e confronto, centrato sulla reciproca comunicazione; è un'occasione per condividere modalità di accudimento ed educative in un learning by doing. Attraverso l'instaurarsi della relazione con la mamma e di un atteggiamento condiviso di cura nei confronti del suo bambino, l'operatrice si muove all'interno dell'intervento con l'obiettivo ultimo di favorire lo sviluppo di un attaccamento sicuro, la creazione di legami alternativi o integrativi di quelli familiari quando sono carenti, l'autonomia della donna come persona e come madre. La scelta di genere riguardo le operatrici è motivata dalla maggiore efficacia di una relazione di identificazione reciproca che consente di ridurre più facilmente le diffidenze, di individuare una sponda per lo sviluppo di un'identità come donna non assorbita solo dalla funzione materna. Un costante lavoro di formazione e supervisione sostiene le tutor.

Risultati.

Il Servizio nel corso dei 5 anni ha preso in carico N. 50 casi. L'analisi dell'inviante (figura 1) permette di cogliere il collocamento del servizio nel sistema di offerta al momento dell'accesso.

L'invio più consistente avviene da parte del Servizio sociale. In realtà analizzando più nel dettaglio, nel primo triennio l'invio prevalente è da parte dell'UOMI ingaggiata in modo significativo nel progetto in tutte le sue fasi. Nel secondo biennio l'invio avviene esclusivamente da parte dei servizi sociali, per cui complessivamente i CSS rappresentano il 48%. Questa distinzione indica una trasformazione nell'organizzazione della rete territoriale ed un disinvestimento dell'Asl nell'intervento di prevenzione rappresentato dal Servizio. Gli invii dell'Asl – come quelli dei servizi di aiuto sociale a bassa soglia gestiti dal Terzo settore - sono caratterizzati invece per una prevalenza di problemi socio sanitari, una maggiore fiducia delle famiglie nei servizi e quindi disponibilità al coinvolgimento. E' purtroppo da rilevare la scarsa consistenza di invii da parte dei Punti nascita e dei Pediatri di famiglia – nonostante la sensibilizzazione effettuata a livello istituzionale - e che in un'ottica di prevenzione rappresenterebbero punti di accesso nevralgici. Emerge in modo significativo il dato sulla monoparentalità (figura 2): rappresentano complessivamente il 46% delle famiglie coinvolte nel Progetto. La monoparentalità è data dall'assenza dell'altro genitore per separazione, decesso, o non identificazione. Emerge in modo significativo la precarietà dell'abitazione che osservato in assoluto (figura 3) coinvolge il 63% delle famiglie. Tuttavia rapportato all'insieme delle problematiche l'incidenza diminuisce al 21% (figura 4). Oltre alla condizione di monoparentalità (13%) e la disoccupazione (11%), è rilevante una riflessione sulle madri: il 13% è infraventunenne (madri teen) ed il 10% ha vissuto nella propria infanzia esperienze sfavorevoli; vi è un'associazione ricorrente tra la condizione di madri teen e la esperienza di figlie esposte a condizioni sfavorevoli nella infanzia. Si riscontra, inoltre, una quota di ridondanza tra le gravidanze precoci del target e quanto accaduto nelle loro famiglie d'origine. La VD permette di sviluppare una alleanza con i genitori, in particolare con la madre, che rappresenta il perno dell'azione.

Riferite a tutte le famiglie prese in carico si è scelto di distinguere 4 macro tipologie di interventi che danno spessore e significato al progetto di aiuto e sostegno

1. Accompagnamento sanitario (figura 5): si intendono tutte le azioni volte sia a curare direttamente sul piano della salute fisica e psicologica il bambino, la madre, i componenti del nucleo familiare, sia a favorire l'accesso consapevole ai servizi in una logica di prevenzione e di de-medicalizzazione. Il Servizio ha sostenuto la cura fisica e psicologica delle persone, sia dei bambini che delle madri, con uno sguardo complesso.

2. Interventi per il bambino (figura 6): si intendono tutte le azioni volte a migliorare l'accudimento emotivo e fisico del bambino ed a sostenere la relazione madre figlio. Emergono quelli ludico educativi (39%). Significativa anche la quota di interventi per sostenere l'assunzione di modalità congrue di accudimento del bambino (31%).

3. Interventi con il nucleo: si intendono tutte le azioni volte sostenere l'autonomia della madre, la progettualità ed il benessere del nucleo, il miglioramento delle condizioni ambientali in rispondenza alle esigenze dei bambini. Sono quelli di cui beneficiano tutti i componenti. C'è una quota significativa di interventi sul contesto domiciliare (34%). Una altra quota consistente sono gli interventi per la manutenzione dei legami familiari (31%) e per l'autonomia delle madri (28%) nel senso di sostegno al progetto di vita, quali l'elaborazione del bilancio di competenze, la preparazione del curriculum vitae, l'affiancamento nei colloqui di lavoro e lo sviluppo di relazioni con altre donne, anche attraverso il gruppo. Il 7% di interventi rientra nell'area della tutela.

4. Accompagnamento ai servizi: si intendono tutte le azioni volte a sostenere la conoscenza e l'accesso alle opportunità del sistema di offerta, l'esercizio di diritti nella prospettiva di un'attività cittadina attiva. Una quota consistente di interventi (53%) è stata orientata a sostegni materiali connessi alle condizioni di povertà (Caritas, Banco alimentare, ecc). ed un'altra una quota significativa riguarda il sostegno nell'accesso ai servizi per la prima infanzia. Si è anche sviluppato un aiuto nell'esercizio dei diritti con l'affiancamento per le consulenze legali (Caf, avvocati) e i servizi per i migranti.

Mediamente la durata dei casi è stata di 10 mesi. I motivi di chiusura (figura 7): sono stati in modo consistente il raggiungimento degli obiettivi prefissati pienamente (52%) o parzialmente (21%); nel 15% dei casi per fallimento.

La valutazione degli interventi è stata effettuata nell'ultima annualità con questionari somministrati alle famiglie ed alle operatrici all'inizio ed alla conclusione. Il questionario - prevalentemente a risposte chiuse - è stato somministrato alle madri ed alle tutor con domande in parte parallele orientate ad esplorare i diversi punti di vista sugli stessi oggetti:(la motivazione e le resistenze all'intervento, la partecipazione agli interventi, la relazione tra la famiglia e l'operatrice, i conseguimenti riconoscibili . E' stato somministrato a 10 madri (65%) e l'intera équipe tutor (4) che ha risposto su tutti i casi.

Dal campione esaminato emerge che nella fase iniziale sia le madri che le tutor sottolineano la centralità del desiderio di sostegno e la fiducia. Le madri ritengono in quota maggiore di avere consapevolezza dei problemi da trattare di quanto lo ritengano le tutor (47%). Nella fase finale le madri riconoscono i cambiamenti avvenuti soprattutto nell'aiuto ricevuto come donne che ha inciso sull'essere genitori (nella relazione con il partner (67%)e la famiglia allargata (78%), nell'incontro con altri madri(67%). Le operatrici sottolineano la rilevanza della collaborazione con i servizi del territorio (100%), la relazione di aiuto alle madri (93%), la tutela dei bambini (83%), l'accesso ad aiuti materiali(77%).

Nella fase finale le operatrici riconoscono i cambiamenti avvenuti nell'aumento di consapevolezza dei problemi da parte delle madri (60%) e nella capacità di chiedere aiuto, la riduzione dell'isolamento e della diffidenza nei servizi e nel territorio mediata dalla relazione fiduciaria con la tutor. del proprio intervento le operatrici sottolineano la rilevanza della collaborazione con i servizi del territorio (100%), la relazione di aiuto alle madri (93%), la tutela dei bambini (83%), l'accesso ad aiuti materiali (77%).

Discussione La riflessione sull'accesso denota come la prevalenza di invii dei servizi sociali connota poi la gravità delle situazioni e la possibilità di ingaggio e cooperazione delle famiglie: infatti gli invii del servizio sociale denotano la presenza di situazioni già gravi, già note spesso per problemi di tutela o comunque per la multi problematicità del nucleo e spesso per la cronicizzazione dei problemi, spesso quindi non trattabili con un intervento di prevenzione ed anche in una quota consistente una diffidenza delle famiglie verso i servizi connessa alla preoccupazione del controllo e di un eventuale allontanamento dei figli. La attenzione alla composizione familiare evidenzia il rischio della monoparentalità perché la solitudine indebolisce nell'esercizio della genitorialità e spesso si associa ad altri fattori di vulnerabilità del genitore assente (problemi di dipendenza, salute mentale o detenzione), assenza anche di famiglie allargate significative, ecc. Tra i nuclei monoparentali, la prevalenza è di famiglie con la sola madre, ma vi è una piccola quota di figli affidati al solo padre, di solito conviventi con i nonni paterni. L'intervento in queste situazioni è finalizzato non solo a rafforzare la relazione genitore figli ma anche a sostenere in una direzione supportiva la presenza delle famiglie allargate. La condizione precaria dell'abitazione (scantinati, case abusive, centro di accoglienza rom, case occupate) rappresenta un rischio in termini di spazio insufficiente e spesso mal organizzato che influisce non poco nella qualità della vita familiare e nell'accudimento, ma anche in una vischiosità di rapporti tra le generazioni che non facilita l'esercizio della genitorialità. Si è quindi lavorato sulla relazione tra il nucleo e le famiglie d'origine perché fosse una relazione supportiva e non di controllo o di ostilità o anche sulle relazioni di coppia nella linea della cogenitorialità. Come si è detto nell'analisi delle problematiche, la convivenza forzata a volte rappresenta un problema nella differenziazione dei ruoli, nello svincolo della coppia neo genitoriale rispetto alla famiglia d'origine. L'intervento dell'operatrice è a volte quindi orientato a riconoscere e trattare i problemi di confusione, invischiato, squalifica, delega a partire dalla quotidianità e valorizzando la domiciliarità come spazio di condivisione e trattabilità dei conflitti. Rispetto agli interventi la condivisione della quotidianità e della domiciliarità

rappresenta il core dell'intervento: una relazione di vicinanza emotiva ed una cornice di alleanza in cui l'obiettivo è sostenere le risorse –dove sono esplicite- o farle emergere, attraverso l'instaurarsi di una relazione tra la madre e l'operatrice in cui a donna si sente accolta e riconosciuta. A partire da questa relazione è possibile sostenere i legami di attaccamento attraverso interventi educativi che – svolti nel contesto domiciliare – consentono una sperimentazione ed un'acquisizione da parte dei genitori. L'operatrice, quindi, diventa una promotrice di occasioni e di stile. L'esperienza di Nati per leggere è un esempio significativo di ciò. Con un approccio di modelling in alcuni casi l'operatrice si occupa del bambino e aiutare la madre a vedere modalità di accudimento; in altri casi discute con lei su diverse credenze e rappresentazioni ecc. sostenendo così l'assunzione di uno stile di buon – trattamento che previene i possibili mal- trattamenti. Preziosi sono stati anche i momenti di gruppo formale (incontri periodici strutturati) ed informale (momenti ludici condivisi).

Conclusioni

1. Accompagnamento sanitario. Criticità: C'è da guardare in modo critico il crinale tra attenzione al benessere e propensione alla medicalizzazione: in alcuni casi, infatti, l'attenzione alla salute del figlio assume aspetti paradossali connessi all'ansia ed alla preoccupazione di essere inadeguati, quasi rinunciando alle competenze genitoriali a favore di una delega sanitaria. **Punti di forza:** E' significativa, anche se non documentabile quantitativamente, la riduzione - nell'arco dell'intervento - del ricorso alle ospedalizzazioni e l'assunzione della buona pratica di ricorrere al pediatra di famiglia ed ai servizi consultoriali.

2. Interventi per il bambino. Criticità: La prevalenza di interventi ludico educativi si spiega con la difficoltà dei genitori a dedicare un tempo a queste attività con i figli, a volte perché non vi è l'esperienza nella propria infanzia del valore del trascorrere un tempo genitori figli, a volte perché gli affanni della quotidianità assorbono tutte le energie degli adulti. **Punti di forza:** Interessanti sono state le sperimentazioni anche con la metodologia di Nati Per Leggere. **Criticità** Significativa anche la quota di interventi per sostenere l'assunzione di modalità congrue di accudimento del bambino spesso non presenti per motivi culturali :false credenze, distorte informazioni e/o problematiche emotive della madre. **Punti di forza** relazione di rispecchiamento e supporto della tutor ha rappresentato un'opportunità di confronto e sviluppo di modalità più congrue.

3. Interventi con il nucleo. Una **criticità** oggettiva è rappresentata dalle frequenti condizioni di precarietà abitativa ed economica, a volte associate anche ad un povertà culturale che rendono spesso lo spazio vitale inadeguato. **Punti di forza:** L'operatrice con i genitori riprogetta gli spazi sia pure ristretti :distinzione giorno/notte; spazi minimi flessibili dedicati al bambino (letto) ed anche specificamente gioco; sostiene lo sviluppo di modalità adeguate di cura della casa (igiene, ordine, organizzazione, manutenzione) come cura della famiglia sempre attraverso una relazione di rispecchiamento e supporto. Un'altra **criticità** sul piano relazionale emerge quando si incontra una situazione di violenza domestica che espone sia la madre che i figli a condizioni di pericolo fisico e psicologico o di maltrattamento. Spesso tali situazioni sono in realtà già visibili all'inizio dell'intervento, ma una distorta rappresentazione dell'intervento domiciliare come controllo fa attivare lo stesso il servizio. **Punti di forza:** Quando è emersa la non sufficienza dell'intervento di supporto, si è effettuata una segnalazione ai Servizi sociali ed al Tribunale cui è seguito un collocamento dei figli fuori dalla famiglia, 2 molto piccoli in affidamento familiare, gli altri 5 in struttura residenziale.

4. Accompagnamento ai servizi. Criticità: L'indebolimento del welfare territoriale e l'impoverimento delle famiglie anche nel corso di questo triennio ha reso più visibile la difficoltà del sistema di rispondere alle esigenze e la sfiducia crescente dei cittadini. **Punti di forza:** Come già detto l'intreccio tra gli interventi per il nucleo nell'integrazione con i servizi e quelli a favore del bambino hanno rappresentato un'opportunità di sostegno integrato nell'esercizio delle funzioni parentali.

L'impossibilità di raggiungere gli obiettivi include il fallimento dell'intervento perché la famiglia ha rifiutato l'aiuto domiciliare, l'emersione di problematiche tali da rendere necessari interventi di protezione più severi quali il collocamento del bambino fuori dalla famiglia. Infine un 12% di chiusure è connesso ad altri eventi, prevalentemente il cambio di domicilio del nucleo in altro territorio.

Dopo 5 anni di attività, sottolineiamo: 1. il valore della casa come setting principale dell'intervento attraverso l'immersione integrale e un sostegno multi dimensionale alla genitorialità; 2. la relazione tra la madre e l'operatrice che si rivela significativa al fine di una miglior relazione mamma-figlio, come possibilità di una relazione che permetta alla donna uno spazio di cura di sé, una camera di decompressione, un "attaccamento" per lei perché lei possa essere una "base sicura" per il figlio. 3. le relazioni di genere: tra madri e tutor, tra madri, come risorsa trasformativa e supportiva. 4. L'integrazione tra più professionisti, servizi ed interventi per sostenere la genitorialità e favorire una presa in carico territoriale. 5. La cura dell'èquipe delle operatrici per sostenere una relazione così intensa e complessa. 6. In rari casi, tuttavia, l'occasione di 'poter entrare in casa' ha fornito agli operatori elementi sufficienti di grave pregiudizio tali da effettuare una segnalazione per maltrattamento all'Autorità Giudiziaria.

Bibliografia

- (1) Kempe Approaches to preventing child abuse: the health visitors concept. *Am. Dis. Child.* 1976; 130:130
- (2) Olds DL (2006), The Nurse-Family Partnership: An evidence based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27, 5-25.
- (3) Olds D, Henderson CR, Cole R. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280(14):1238-44.
- (4) Tamburlini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: rationale, evidenze, buone pratiche (*Medico e Bambino* 2014;33:232-239)
- (5) Ammanniti A., Speranza A.M., Tambelli M, et al. Sostegno alla genitorialità nelle madri a rischio: valutazione di un modello di assistenza domiciliare sullo sviluppo della prima infanzia *Infanzia e Adolescenza* vol. 6, 2007 67:83
- (6) Pedrocco Biancardi M.T., Curare senza allontanare. Esperienze di home visiting per il sostegno educativo alla famiglia, Franco Angeli, 2013
- (7) Attademo G, Cirillo G, Giacci O, Siani P, Esposito S. Il Progetto "adozione sociale" a Napoli: tra illusioni e delusioni. *Quaderni acp* 2003;10(3):12-14.
- (7) Cirillo G. Aurelio G. Di Maio C. et al. Adozione sociale, adestdellequatore, Napoli 2014

Figura 1

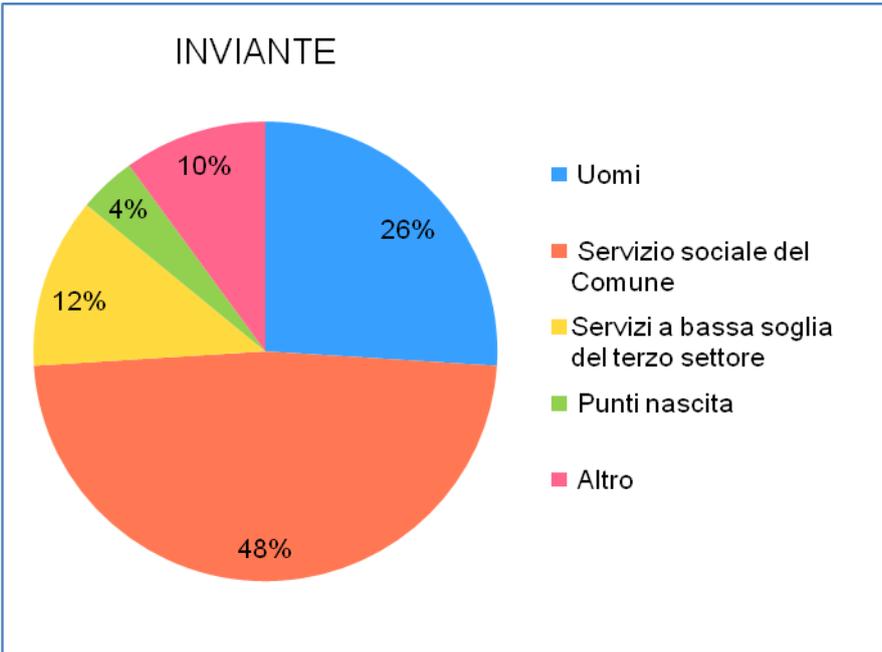


Figura 2

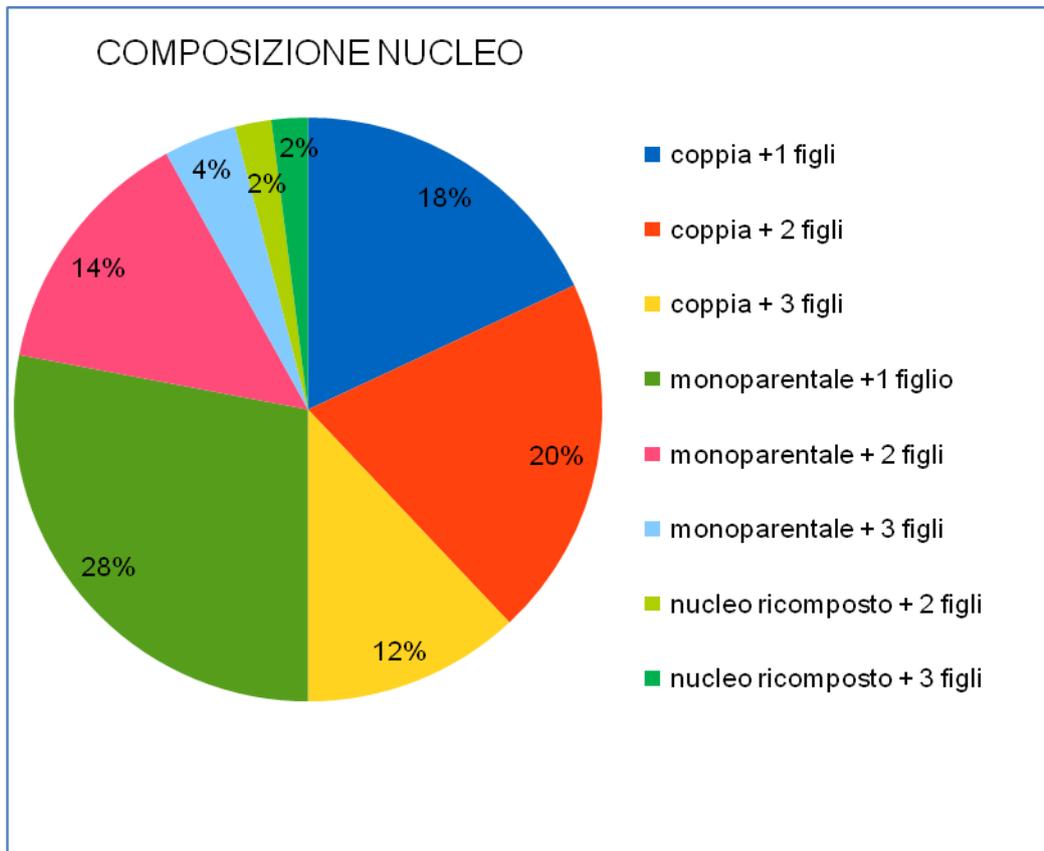


Figura 3

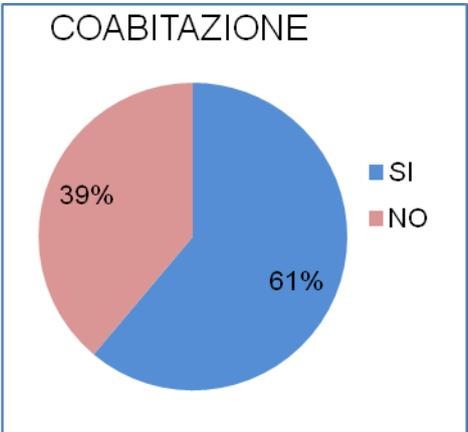


Figura 4

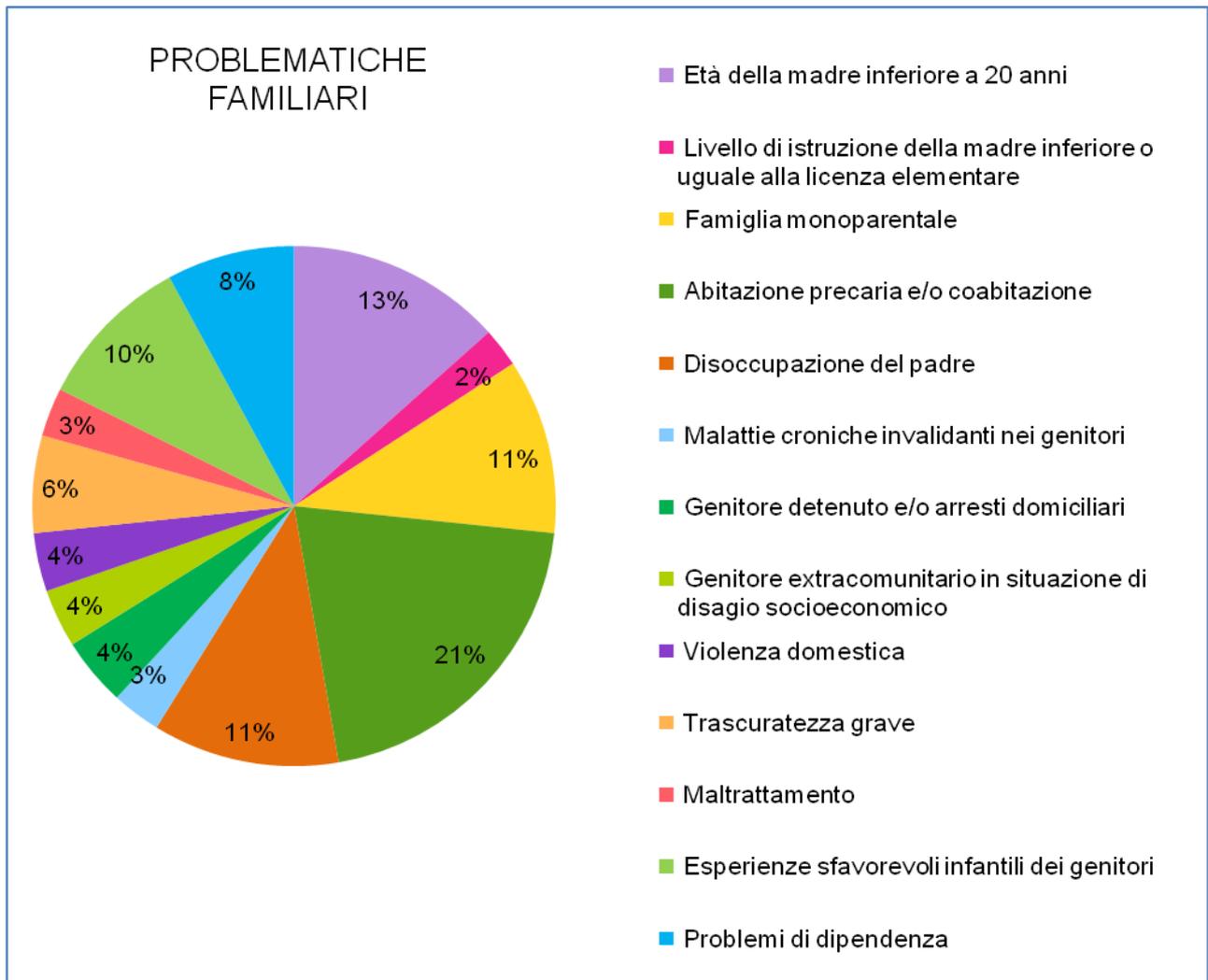


Figura 5

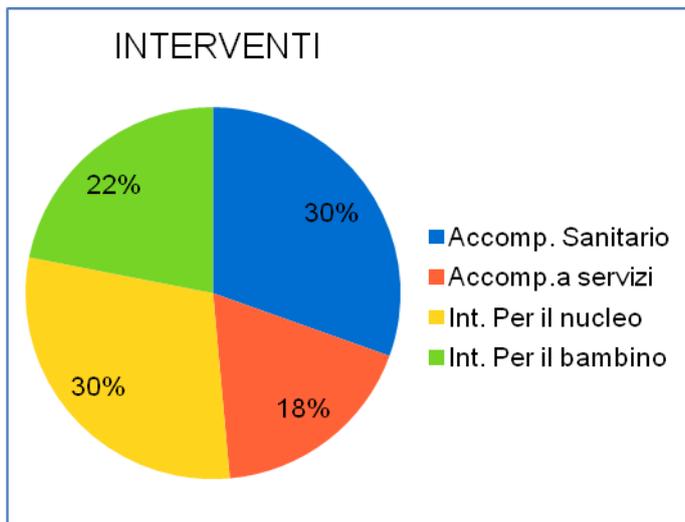


Figura 6



Figura 7

