

# Gestione della conflittualità e della separazione genitoriale. Esperienze in oncologia pediatrica

SABA CHOPARD<sup>1</sup>, LAURA VENERONI<sup>2</sup>, GIOVANNA CASIRAGHI<sup>2</sup>, ARMANDO CECATIELLO<sup>3</sup>, MAURA MASSIMINO<sup>2</sup>, CARLO ALFREDO CLERICI<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Université de Fribourg (UNIFR), Fribourg; <sup>2</sup>SC Pediatria, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; <sup>3</sup>Studio Legale Cecatiello, Milano; <sup>4</sup>SSD Psicologia Clinica, Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori, Milano; <sup>5</sup>Dipartimento di Oncologia ed Emato-Oncologia, Università di Milano.

**Riassunto.** I divorzi e le separazioni sono diventati sempre più frequenti negli ultimi decenni e per questo costituiscono aspetti di grande rilievo anche rispetto ai possibili effetti sulle cure mediche. La conflittualità riguarda non solo le coppie di adulti, ma ha spesso ripercussioni anche sui figli che sono coinvolti, a livello pratico ed emotivo, nella separazione della coppia. Se da un lato il conflitto genitoriale può rappresentare un'esperienza difficile e dolorosa per tutto il nucleo familiare, dall'altro questa difficoltà può essere complicata se un figlio è affetto da una malattia grave. Vista la carenza di studi sulle modalità di gestione di tali situazioni in ambito medico e sui supporti psicologici utilizzabili, questo articolo propone di illustrare le esperienze sviluppate in un reparto di Pediatria di un grande ospedale oncologico e le opportune modalità di gestione multidisciplinare. Le esperienze descritte possono essere tuttavia applicate anche in altri contesti di cura dei minori, dove il conflitto genitoriale può produrre difficoltà nello svolgimento della terapia o può pregiudicare la serenità del minore stesso.

**Parole chiave.** Conflittualità, oncologia pediatrica, separazione genitoriale.

## Introduzione

Il tasso dei divorzi in Italia è in costante aumento. L'introduzione del divorzio con la legge 1 dicembre 1970 n. 898 ha dato un nuovo strumento per la soluzione delle crisi familiari, consentendo lo scioglimento del matrimonio. A livello sociale l'idea di famiglia come istituto indissolubile, prevalente mezzo secolo fa, sta lasciando spazio a nuovi ideali e valori, così come anche a nuove modalità e significati della famiglia stessa<sup>1</sup>. La durata media del matrimonio al momento della separazione è di circa 17 anni. Al momento dell'atto della separazione i mariti hanno mediamente 48 anni e le mogli 45 anni. La propensione a separarsi è più bassa nel tempo nei matrimoni celebrati con il rito religioso. Per ulteriori dettagli si veda l'appendice 1.

Mentre è cresciuta l'attenzione rispetto alla dimensione psicologica dei minori in caso di conflitto genitoriale, tuttavia le necessità specifiche in situazioni complesse, per esempio quando un figlio è affetto da una malattia grave, non sono ancora state del tutto approfondite. La malattia che mette a rischio la vita, sia

*Conflict and divorce management in the field of pediatric care. Experience in pediatric oncology.*

**Summary.** Divorces and separations have become more frequent over the last 20 years and for this reason they are issues of great importance with possible effects on medical treatments. Conflicts between the adults frequently affect the children involved in the separation of their parents. If, on the one hand, the parental conflict is a hard and distressing experience for the whole family, on the other hand this situation gets even more complicated if a child is affected by a serious illness. Since there is a lack of studies about the management arrangements of these situations, this article aims to illustrate the experiences gained in a pediatric ward of a big oncology hospital and the appropriate multidisciplinary management arrangements. These experiences, however, can be applied also in other contexts where children are being treated and where the conflict between parents can either produce different difficulties in the performance of the therapy or prejudice the child's serenity.

**Key words.** Conflict, divorce management, pediatric oncology.

durante l'infanzia sia nell'età adulta, può rappresentare un'esperienza con potenziali aspetti traumatici. Quando una malattia grave si manifesta in età evolutiva i genitori sono coinvolti emotivamente e praticamente nella situazione e ciò può avere un effetto sul bambino, sulla relazione tra genitori e bambino e sul rapporto tra i due genitori. L'esperienza clinica mostra come una diagnosi di tumore porti spesso a vivere un momento di crisi e smarrimento<sup>2</sup>, rappresentando un avvenimento stressante per tutto il nucleo familiare<sup>3,4</sup>. Oltre a ciò le terapie e le limitazioni necessarie contribuiscono ad alterare la routine familiare con effetti sulla qualità di vita di quest'ultima<sup>5-7</sup>.

È quindi necessario considerare gli aspetti emotivi dei genitori dopo una diagnosi tanto delicata, aspetti che rischiano di sviluppare sofferenze emotive durature per cui è opportuno un intervento tempestivo<sup>8</sup>. Queste considerazioni sono ancora più rilevanti nel caso in cui la coppia viva già una situazione di crisi coniugale preesistente. L'esperienza clinica riporta come la gestione delle terapie e delle relazioni sia complessa nel caso di conflitto genitoriale e come siano necessarie risorse e competenze di cui molto

spesso i clinici non sono forniti e che esulano dai programmi di formazione medica anche specialistica<sup>9</sup>.

La letteratura scientifica internazionale non fornisce ai clinici riferimenti univoci per orientare in modo certo i loro interventi. Da un lato esistono numerose ricerche sugli ambiti distinti della conflittualità di coppia e gli aspetti emotivi dei genitori di un figlio malato, ma dall'altro è disponibile soltanto un limitato numero di studi che tratti le tematiche congiuntamente. Oltre a ciò, le conoscenze sul problema in esame sono condizionate dall'eterogeneità di norme e di aspetti sociali e culturali nei diversi paesi.

L'articolo analizza l'impatto del conflitto genitoriale sulla cura di un minore affetto da una patologia grave, in base all'esperienza clinica presso la SC Pediatria della Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Le esperienze descritte sono integrate dai riferimenti teorici e normativi per un più completo inquadramento di un tema che spesso è ancora trascurato nella formazione dei clinici.

## Esperienze cliniche

Illustriamo qui di seguito esempi delle principali tipologie di problemi legati al conflitto di coppia che i sanitari possono trovarsi a dover gestire nell'ambito di cure oncologiche pediatriche.

### DIFFICOLTÀ RELAZIONALI NELLA COPPIA GENITORIALE

Il signor R., la cui figlia di 10 anni presenta un tumore a prognosi incerta, chiede di parlare con uno specialista in psicologia clinica del centro in cui la bambina è ricoverata.

Nonostante il padre presenti una visione ottimistica della situazione e non sembri soffrire di problemi d'ansia o depressione, racconta di essersi allontanato dalla moglie dopo la diagnosi della figlia (a più riprese, tuttavia, dichiara di essere innamorato di lei).

Descrive la moglie come "piena di rabbia" e pessimista, già prima della malattia. Aggiunge che: "Mia moglie non accetta come io vivo la malattia di nostra figlia; si arrabbia perché dice che sono troppo positivo e non capisce come io possa dire che le cose vanno bene in una tale situazione. Anch'io però, nonostante tutto, ho bisogno di qualcuno che mi ascolti: il fatto di essere positivo non significa che io stia bene. Con lei, però, non posso parlare. Per questo ci stiamo allontanando".

Vivere la malattia del proprio figlio in maniera diversa può portare i genitori ad allontanarsi emotivamente. Rabbia e pessimismo sono reazioni comprensibili, anche se possono influenzare il rapporto di coppia a tal punto da causare una rottura.

### SENTIMENTI E RAGIONI

Nicoletta è la madre di un paziente che, durante le cure del figlio, ha manifestato sintomi ansiosi acuti, tipo attacchi di panico. Durante i colloqui con uno degli psicologi clinici che operano in reparto racconta di vivere

un difficile conflitto. È certa di non amare più suo marito; d'altro canto lo ritiene un ottimo padre, soprattutto in questa difficile situazione. Chiede di essere aiutata rispetto agli episodi di angoscia che insorgono, secondo lei, a causa di questo "sentirsi spaccata su due fronti".

### DIFFICOLTÀ DI COMPLIANCE AI TRATTAMENTI

Matteo (5 anni) è un bambino a cui viene diagnosticata una patologia per la quale dovrà essere sottoposto a radioterapia. I genitori sono in continuo conflitto e non hanno una posizione comune riguardo alle cure di Matteo, che riceve quindi uno scarso contenimento emotivo. Al momento di cominciare la radioterapia, la madre chiede che venga addormentato, sostenendo che l'ansia del bambino non gli permetterebbe di seguire la terapia da sveglia. Nonostante i medici siano in disaccordo con tale richiesta, non consona rispetto all'età del bambino, la madre di Matteo persiste nella sua idea. Il padre di Matteo, al fine di compiacere l'ex moglie con cui ha continue discussioni, supporta la sua idea. La madre dopo lunghe conversazioni con i clinici accetterà un solo tentativo di eseguire la radioterapia al figlio senza sedazione. Il tentativo peraltro andrà a buon fine.

La conflittualità genitoriale può portare a ostacolare l'équipe medica nello svolgimento delle proprie attività: in una realtà dove è il minore a essere al centro è possibile incontrare opposizioni da parte dei genitori, che devono essere gestite al fine di non interferire con le cure del figlio.

### OPPOSIZIONE DI UN GENITORE ALLA CONSULENZA PSICOLOGICA

Pietro (13 anni). Durante il percorso, la madre nota dei segni di disagio emotivo e chiede una valutazione psicologica alla psicologa presente nella struttura dove Pietro è ricoverato. Dal momento che i genitori di Pietro sono separati, è chiesto il consenso a tale valutazione, ma il padre rifiuta negando che il figlio presenti segni di disagio psicologico. L'intervento si limita quindi a offrire alla madre un counselling per offrire un supporto almeno parziale.

L'affido condiviso obbliga i sanitari a chiedere il consenso a entrambi i genitori prima di realizzare interventi su un minore: situazioni di conflittualità genitoriale possono comprendere disaccordi transitori o permanenti circa interventi psicologici e iniziative educative che riguardano il percorso del figlio. Questi ostacoli possono in seguito gravare sul minore, privato di un sostegno adeguato e condiviso.

### RIFIUTO DA PARTE DEL FIGLIO DI VEDERE UN GENITORE

Giovanna (8 anni). I suoi genitori sono divorziati e il padre vive lontano. Dopo la diagnosi di Giovanna il padre si organizza a livello lavorativo, anche se con molteplici difficoltà, per poterle stare vicino il più possibile. Tuttavia, quando dopo ore di viaggio arriva

in ospedale, Giovanna si rifiuta di vederlo e di parlare con lui.

Conflittualità genitoriale e separazione possono portare a differenti problemi nella relazione genitore-figlio. Schieramenti a favore di un genitore e il rifiuto di relazioni con l'altro possono essere legati a sentimenti di colpa rispetto al genitore con cui si convive e ad angosce. In tali casi è opportuno un intervento di sostegno delle parti coinvolte e una eventuale attività di mediazione, anche al fine di identificare accordi e compromessi praticabili e di ridurre il sentimento di esclusione nel genitore che viene rifiutato.

#### PROBLEMATICHE LEGALI E DENUNCE NELLA COPPIA

Tiziana (6 anni) ha i genitori divorziati. Dopo diversi scontri la madre di Tiziana denuncia il padre per presunte minacce (una denuncia che sembra essere apparentemente strumentale tanto che durante le trattative tra avvocati si ventila che la denuncia possa essere ritirata). Nonostante il giudice abbia deciso che la bambina potrà passare un week-end ogni due con il padre, spesso la madre tende a trovare pretesti che ostacolano l'accordo. Preoccupato di poter avere altri problemi legali con la madre, il padre accetta la situazione senza però esserne contento.

Conflittualità accentuate all'interno della coppia possono portare a usare il figlio e la situazione come strumenti di conflitto (per esempio per quanto riguarda le visite e l'affidamento). È dunque sempre necessario salvaguardare l'idea che il minore sia legato a entrambi i genitori e attivare dei metodi che da un lato evitino l'estrema soluzione di una regolamentazione da parte di terzi, ma che dall'altro salvaguardino i genitori in quanto tali.

#### GRAVE CONFLITTO PREESISTENTE

I genitori di Martina (10 anni) sono separati da 6 anni. Vista l'elevata conflittualità tra di loro il Tribunale per i minorenni aveva avviato un'indagine, mantenuto il collocamento di Martina presso la madre e fornito prescrizioni perché il padre svolgesse le visite in colloqui protetti con la partecipazione dei servizi sociali. Dopo l'esordio della malattia, il tribunale ha emesso un provvedimento che nomina un ente affidatario per regolamentare il rapporto tra genitori, minore e ospedale. Entrambi i genitori conservano la responsabilità genitoriale e sono chiamati a firmare i consensi alle cure, con la possibilità tuttavia di intervento dell'ente affidatario in caso di opposizione di uno dei due.

La situazione richiede che il contesto sanitario si faccia carico, anche attraverso l'assistente sociale in servizio presso il reparto, dell'organizzazione della comunicazione con i genitori e della trasmissione delle informazioni sanitarie in caso di loro assenza. Sono inoltre organizzati in reparto colloqui protetti tra genitori e il figli ed è svolto un lavoro di collaborazione con i servizi sociali del territorio.

#### VIOLENZA

I genitori di Claudio (4 anni), affetto da una neoplasia cerebrale, vivono una crisi di coppia. Progressivamente il conflitto porta a una separazione e la madre inizia a convivere con un nuovo compagno. Durante i ricoveri ospedalieri del bambino il nuovo partner accompagna la signora in reparto evitando gli orari in cui è presente il padre, ma chiedendo di accompagnarla nel corso di colloqui con i clinici. Avuta notizia di questo comportamento, un giorno il padre affronta il partner dell'ex moglie e lo colpisce con due pugni. I sanitari richiedono l'intervento della forza pubblica in reparto.

Spesso, se i genitori sono separati o divorziati, ci si può trovare davanti alla pretesa di uno dei due genitori, o di entrambi, di inserire l'attuale compagno come figura significativa all'interno della cura: questo può essere una risorsa o, come nel caso proposto qui sopra, aumentare ulteriormente la conflittualità tra i due genitori.

#### PROBLEMATICHE COMPORTAMENTALI DI UN GENITORE

Giorgio (15 anni) vive con il padre dopo la separazione dei genitori. La madre invece è tornata a vivere con il proprio padre, il nonno di Giorgio. Il padre di Giorgio presenta una marcata dipendenza da cannabinoidi e, nella maggior parte dei casi, è Giorgio a doversi prendere cura del padre, e non viceversa. I problemi principali sorgono quando Giorgio deve recarsi al centro dal quale viene seguito per fare le visite e le terapie: la mamma, che non possiede la patente di guida, è impossibilitata a muoversi, mentre il papà accompagna Giorgio saltuariamente. Giorgio, pertanto, si trova spesso costretto a chiedere all'attuale compagno della madre di accompagnarlo, e questi si mostra disponibile in tal senso. Ciò, tuttavia, accentua la rabbia del padre, che la manifesta contro lo stesso Giorgio.

Dinamiche familiari problematiche, già esistenti prima della malattia, possono costituire un ostacolo per le terapie del figlio e uno stress supplementare per il minore.

#### CONFLITTUALITÀ CIRCA LA GESTIONE DELLA FASE TERMINALE

Marta (7 anni) è una bambina che ha dovuto affrontare diverse terapie e ricoveri. Figlia di genitori divorziati, il padre non è mai stato presente durante il percorso e l'ex moglie, non avendo mantenuto dei buoni rapporti con lui, si trova impossibilitata a spiegargli la situazione. Purtroppo con il tempo la situazione di Marta si aggrava, giungendo a una fase terminale. Il padre, che non è informato riguardo la situazione della figlia, è chiamato dai medici per un colloquio, ma si rifiuta di farla trasferire in una struttura adatta a seguirla durante la fase terminale. Servirà fare un lungo colloquio con entrambi i genitori presenti, lasciando largo spazio di espressione al padre, per avere il consenso di trasferire Marta senza ricorrere alle vie legali.

L'opportunità di una mediazione è sottolineata anche dai tempi talora più brevi necessari a giungere a un accordo tra genitori piuttosto che a ottenere un provvedimento dall'autorità competente, tenuto conto dello scarso tempo a disposizione quando le cure e i trattamenti sanitari sono urgenti.

## Discussione

Se da un lato la natura del problema conflittuale riguarda una sfera privata tra adulti che esula dalle funzioni specifiche dei clinici di un reparto di pediatria, d'altro canto si rende talvolta necessaria la gestione delle manifestazioni del conflitto e dei suoi effetti per mettere in atto la terapia nel migliore dei modi o per salvaguardare la salute psicofisica del minore in una fase tanto delicata. Per una migliore definizione del diritto alla salute si rimanda all'appendice 2.

La revisione della letteratura mostra una carenza di studi specifici nell'ambito in oggetto. Nello stesso tempo il conflitto genitoriale rende il lavoro clinico in queste situazioni particolarmente oneroso su diversi fronti, quello della comunicazione e relazione con i genitori, delle scelte cliniche, dell'aderenza ai trattamenti medici (*compliance*), oltre che della prevenzione del disagio psichico dei bambini e degli adolescenti.

Se da un lato la conflittualità tra genitori di un bambino malato non costituisce un tema rilevante in ogni situazione clinica, per esempio perché la coppia riesce a mettere in campo nuove risorse in nome del superiore interesse del figlio, dall'altro situazioni di conflitto durante le cure sono sempre più frequenti, e i sanitari si trovano in prima linea nel dovervi far fronte. Medici e personale sanitario spesso non ricevono una formazione adeguata alla gestione del conflitto genitoriale, che dovrebbe comprendere informazioni sulle problematiche più frequenti e sulle normative, oltre a conoscenze sugli aspetti psicologici e le tecniche di mediazione del conflitto. È inoltre disponibile solo raramente un'adeguata possibilità di consulenza legale rispetto alla gestione dei casi clinici problematici. Per questo motivo possono sorgere difficoltà per i sanitari che, oltre a dover gestire già un numero considerevole di problematiche, possono quindi vivere con disagio e incertezza la gestione di un conflitto genitoriale. I sanitari peraltro, rivestendo un ruolo di particolare importanza nei confronti del bambino malato e della sua famiglia, se adeguatamente formati, si trovano nella posizione di poter svolgere un'importante funzione di mediazione del conflitto genitoriale rispetto agli aspetti sanitari, con potenziali benefici per tutte le parti coinvolte.

L'analisi delle tipologie di problemi che emergono dalla revisione dell'esperienza clinica consente di identificare un modello organizzativo e operativo necessario per la gestione dei pazienti con patologie organiche gravi in situazioni di conflittualità genitoriale.

Gli interventi possibili da parte dei clinici sono organizzati su tre livelli.

## PRIMO LIVELLO

È opportuno che le équipe multidisciplinari presenti nelle istituzioni dove sono trattati minori con patologie gravi comprendano: personale sanitario informato e formato alla comunicazione e alla relazione, la partecipazione di operatori con competenze sull'età evolutiva come educatori e insegnanti, oltre a specialisti della salute mentale, psicologi, psichiatri e assistenti sociali. L'équipe multidisciplinare svolge la funzione di ascolto, supporto emotivo e sostegno alla genitorialità. Questi interventi sono finalizzati a migliorare le condizioni di relazione, sostenere il paziente e il suo entourage e facilitare la comunicazione tra i genitori e tra i genitori e l'équipe.

## SECONDO LIVELLO

Nelle situazioni di conflitto i sanitari gestiscono la relazione e le comunicazioni applicando un'ottica di prudenza e imparzialità e possono concorrere a un counselling sulla gestione delle tematiche di cura contribuendo a identificare l'interesse del paziente rispetto ai problemi personali di coppia. L'équipe svolge una funzione di supporto e orientamento anche con l'invito a concentrarsi sui valori essenziali e a focalizzarsi solo sulla realtà di essere dei genitori di un bambino affetto da una patologia grave.

È inoltre opportuna la disponibilità di un ascolto dedicato ai genitori da parte degli specialisti della salute mentale, in stretta connessione con l'assistente sociale e i medici. Entrano quindi in gioco due componenti, a volte difficili da integrare: l'imparzialità del medico e dello psicologo, che devono essere presenti anche in situazioni d'impedimento e disaccordo, e il sostegno alla genitorialità, con il quale si dà modo ai genitori di immaginare una prospettiva futura per il figlio al di là del conflitto presente. È dunque indispensabile utilizzare tecniche che permettano di alleviare i contrasti genitoriali senza però invadere la privacy dei diretti interessati. Tutti gli operatori dovrebbero essere formati a orientare gli interventi per quanto possibile in un'ottica collaborativa utile a offrire un'accoglienza delle istanze conflittuali e il contenimento degli aspetti emotivi che le accompagnano.

Il concetto di processo collaborativo è stato elaborato nel 1989 da Stuart Webb, un avvocato americano specializzato in diritto di famiglia, che aveva compreso che la soluzione giudiziaria nel divorzio infliggeva danni più gravi alle famiglie del divorzio stesso. Dal 1989 la pratica collaborativa si è diffusa sempre più negli Stati Uniti e nel mondo ed è risultato un metodo con un alto tasso di riuscita e di soddisfazione che, come emerso da diversi studi, evita ulteriori giudizi contenziosi dopo la separazione o il divorzio. Nelle controversie di diritto di famiglia, questa pratica permette di trovare una soluzione soddisfacente per tutti i componenti della famiglia, in primo luogo i figli. Si tratta di un nuovo modo di separarsi, con rispetto e

in modo razionale. Il procedimento è centrato sui coniugi, o partner, e guidato dagli stessi. Esso consiste in una negoziazione che riunisce le parti e i loro rispettivi avvocati, che li consigliano e li assistono, in uno spirito di collaborazione, per trovare una soluzione concordata nell'interesse di tutti. Il diritto collaborativo è una efficace alternativa al Tribunale e nella maggior parte dei casi risolve realmente i problemi delle coppie in crisi che, alla fine del procedimento, si rivolgono al Tribunale solo per formalizzare l'accordo raggiunto. Le parti con l'aiuto e l'assistenza dei loro avvocati, controllano il procedimento, tutti lavorano in un clima di cooperazione e di fiducia che riduce la tensione emotiva del conflitto, così le parti possono concentrarsi sulla ricerca di soluzioni condivise senza pressioni o condizionamenti connessi alla minaccia del ricorso al tribunale.

Negli interventi di mediazione i genitori sono incoraggiati a stipulare accordi che rispondano alle esigenze di tutta la famiglia, tenendo in considerazione, soprattutto, quelle dei figli<sup>10</sup>. Questo tipo di terapia, che può dare buoni risultati in situazioni di questo tipo, può tuttavia non essere sufficiente qualora il conflitto abbia una rilevanza troppo marcata.

È opportuno che le équipes che svolgono attività multidisciplinari in situazioni complesse possano usufruire di consulenza e orientamento per problematiche non solo medico-legali, ma, relative anche alle tematiche legali connesse a separazioni, divorzi e affidamento dei minori.

### TERZO LIVELLO

Dinanzi a situazioni particolarmente delicate o difficili, tuttavia, è lecito chiedersi come affrontare il problema dei genitori che si trovano in un conflitto particolarmente irriducibile.

Occorre qui fare una premessa: se è pendente un giudizio di separazione o divorzio o modifica delle condizioni di separazione o, nel caso di coppia non sposata, sia pendente un giudizio innanzi al tribunale ordinario per il collocamento e mantenimento del minore, competente rimane il Tribunale già adito che potrà essere informato dai sanitari della situazione e potrà prendere le opportune decisioni a tutela del minore, anche con la sospensione temporanea della responsabilità genitoriale e l'affido a terzi, nella maggior parte dei casi, all'ente.

Se i genitori si mostrano irragionevoli e incapaci di prendere decisioni per la salvaguardia del benessere del figlio, la protezione del minore garantita dalla Costituzione e dalla Convenzione per i Diritti dell'Infanzia, costituisce l'esigenza primaria in una situazione di questo genere.

In casi gravi ci sono differenti rimedi che possono essere seguiti, a seconda della situazione. Per ulteriori precisazioni rispetto agli aspetti legali della gestione della conflittualità, si veda l'appendice 3.

### Conclusioni

L'esperienza clinica mostra come gli stati emotivi e l'esperienza di essere circondato da un contesto in grado di comprenderlo emotivamente siano determinanti per il benessere di un bambino e per il suo armonico sviluppo psichico. Questo aspetto essenziale può essere reso problematico nelle situazioni in cui il conflitto genitoriale occupa un posto prevalente rispetto all'attenzione e alla comprensione del minore. Spesso, infatti, conflitti più o meno difficili tra i genitori possono portare a una rottura della quotidianità familiare, che può essere vissuta in modo negativo e con non poche difficoltà da parte dei figli. Queste problematiche possono aumentare in una realtà dove al conflitto genitoriale si aggiunge una situazione di base difficile, come quella di un minore affetto da una malattia grave. Per questi motivi anche in contesto sanitario è necessario sviluppare competenze e tecniche per la gestione di tali problematiche. La possibilità di un contesto di cura che supporti i genitori a svolgere in modo sufficientemente buono la propria funzione può consentire un'azione preventiva rispetto a problematiche emotive a lungo termine. In quest'ottica, interventi di ascolto e consulenza finalizzati a sostenere il racconto delle esperienze conflittuali, la possibilità di elaborarle e pensare a delle soluzioni, mirano a ridurre l'isolamento, l'angoscia e l'aggressività dei soggetti coinvolti all'interno di una cornice di comprensione e di empatia da parte degli operatori. La prospettiva della psicologia dinamica offre, per esempio, la possibilità di consegnare pensieri ed emozioni dolenti, non ordinati e caotici, come quelli che contraddistinguono il conflitto, in una relazione caratterizzata da accoglienza e sostegno. Ciò può consentire poi una presa di distanza utile all'elaborazione di strategie di gestione del conflitto più rispettose nei confronti e nell'interesse dei figli.

È dunque importante integrare nell'équipe figure che siano in grado di offrire spazi mirati a soddisfare tali esigenze e che abbiano lo scopo di salvaguardare gli interessi del minore. Il tema è in continua evoluzione, in stretto collegamento con gli sviluppi normativi e i cambiamenti sociali, e costituisce un importante ambito di ricerca multidisciplinare ancora largamente da esplorare.

*Conflitto di interessi:* gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## Appendici

### Appendice 1

Nel 2015 le separazioni con figli in affidamento condiviso sono state circa l'89% di tutte le separazioni con affidamento. Solo l'8,9% dei figli è affidato esclusivamente alla madre. È questo l'unico risultato evidente dell'applicazione della legge 54/2006 sull'affidamento condiviso.

La quota di separazioni in cui la casa coniugale è assegnata alle mogli è aumentata dal 57,4% del 2005 al 60% del 2015 e arriva al 69% per le madri con almeno un figlio minore. Si mantiene stabile anche la quota di separazioni con assegno di mantenimento corrisposto dal padre (94% del totale delle separazioni con assegno nel 2015).

Se è vero che da un lato una crisi coniugale, che può essere seguita da una separazione legale, può costituire un momento difficile per la coppia, dall'altro questa difficoltà aumenta con la presenza di uno o più figli all'interno del nucleo familiare. Per quanto riguarda i figli, sono state approvate normative, come quella dell'affidamento condiviso previsto dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54 "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 1° marzo 2006. All'art. 1, che modifica l'art. 155 del codice civile, si legge che, anche in caso di separazione personale dei genitori, il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con entrambi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale. Per realizzare questa finalità il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli debbano essere affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole.

È stato così stabilito che la potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori, e in particolare che le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute siano assunte di comune accordo, tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli.

Per porre un rimedio all'alta conflittualità legata alle separazioni e ai divorzi e cogliendo una spinta sociale che vede una maggiore attenzione alle persone e una rivalutazione della coppia genitoriale rispetto alla classica cura materna, il legislatore con l'articolo 6 del decreto legge 132/14 convertito in legge 162/14

ha introdotto nell'ordinamento la soluzione negoziale e "degiurisdizionale" delle controversie in materia di separazione o divorzio. Ciò consente ai coniugi, attraverso la negoziazione assistita, di poter procedere alla separazione o allo scioglimento del matrimonio, a condizione che le parti siano assistite ciascuna da un avvocato.

Il procedimento di negoziazione assistita costituisce un importante strumento di attenuazione delle controversie insieme alla mediazione familiare<sup>11</sup> e alla pratica collaborativa che sta prendendo sempre più piede nel nostro paese.

### Appendice 2

Il diritto alla salute e a ottenere cure mediche anche per i minori trae origine dall'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana e rappresenta un diritto di qualunque individuo, indipendentemente dall'età e dalle condizioni personali, come ben chiarito dalla Corte di Cassazione nella sentenza 18 giugno 2012, n. 9969.

Per diritto alla salute si intende il diritto della persona di trovarsi in un equilibrio fisico e psichico e non si limita al solo diritto di ottenere cure in caso di malattia; tale diritto intende salvaguardare di più situazioni indefinite.

Il diritto alla salute è diritto inviolabile, primario e assoluto dell'individuo, come previsto dall'art. 2 della Carta Costituzionale e rappresenta espressione del principio di dignità umana e di uguaglianza garantito nell'art. 3 della Carta, a tutela degli interessi, non solo del singolo, ma della collettività, per intenderci anche al fine di evitare la diffusione di malattie contagiose ed epidemie.

È il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a rappresentare lo strumento mediante il quale vengono concretamente formate le condizioni affinché possano essere garantiti a ogni persona i trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute (come ben esplica la sentenza della Corte Costituzionale del 20 novembre 2000, n. 509).

Il diritto alla salute diventa, così, fondamentale bene unitario della persona, la cui effettiva tutela dipende in concreto dai mezzi e dalle risorse messi a disposizione dallo Stato, dalle Regioni e da altri soggetti che operano nel settore.

Detta tutela spetta necessariamente ai minori, i cui interessi, a maggior ragione, devono essere garantiti in quanto soggetti deboli, e gli artt. 2 e 3 della Costituzione pongono espressamente il minore sullo stesso piano rispetto a qualunque altro individuo.

A livello internazionale e sovranazionale la Convenzione ONU sui "Diritti dell'Infanzia", approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989 e ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176 (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 35 dell'11 giugno 1991), all'art. 24 prevede espressamente e con estrema fermezza che gli Stati aderenti debbano riconoscere «il diritto del minore di godere

del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione», nonché debbano garantire «che nessun minore sia privato del diritto di avere accesso a tali servizi», nell'ottica di assicurare «a tutti i minori l'assistenza medica e le cure sanitarie necessarie, con particolare attenzione per lo sviluppo delle cure sanitarie primarie».

Tra le cure che il minore ha diritto di ottenere rientra anche la somministrazione dei vaccini, e sul punto vi è un'importante decisione della Corte Costituzionale che, con la sentenza del 17 marzo 1992 n. 132, afferma espressamente che la vaccinazione rappresenta un obbligo che trae fonte proprio nell'art. 32 della Costituzione e che la prestazione deve essere somministrata al minore in via coattiva, qualora i genitori si rifiutino di sottoporre il figlio a tale cura.

La somministrazione dei trattamenti sanitari, medici, chirurgici, vaccinali o di altra natura può così essere disposta dall'Autorità giudiziaria a cui si possono rivolgere gli operatori sanitari nell'ipotesi in cui il genitore neghi il proprio consenso con grave pregiudizio per la salute del minore.

Particolarmente rilevante è la questione della "responsabilità genitoriale" rispetto al diritto del minore alla salute anche rispetto a eventuali posizioni di disaccordo tra i genitori o tra un genitore e la posizione dei sanitari.

Abbandonato definitivamente il concetto di "patria potestà" secondo il quale i genitori esercenti la potestà sul minore erano titolari di un potere assoluto (la patria potestà era infatti intesa come espressione di un diritto soggettivo del pater familias - Cost. 6 ottobre 1988, n. 957) ed era quindi sufficiente il loro consenso per sottoporre il figlio minore a trattamenti sanitari (Trib. Roma 11 marzo 2011; Trib. Min. Bari 31 maggio 2008; Trib. Min. Perugia 26 aprile 1999; Pret. Milano 7 gennaio 1983; Pret. Milano, 18 settembre 1982), si è arrivati a una concezione meno rigida cambiando il termine "potestà" in "responsabilità genitoriale" (Cost., 6 ottobre 1988, n. 957), che introduce una riduzione del potere discrezionale dei genitori con il contestuale accrescimento dell'autonomia e del peso della volontà del minore.

Il potere dei genitori di autorizzare trattamenti sanitari nei confronti dei figli è, sì, garantito dall'art. 30 della Costituzione, secondo cui è «diritto e dovere dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli», da intendersi come attività indirizzate al soddisfacimento degli interessi della prole, ma nel caso in cui detto

diritto-dovere venga esercitato in maniera difforme all'interesse del minore o qualora sorga un contrasto tra i genitori è possibile e necessario l'intervento dell'Autorità giudiziaria la quale, valutate le circostanze concrete, può adottare provvedimenti in merito ed, eventualmente, autorizzare anche uno solo dei genitori ad adottare scelte autonomamente dall'altro genitore, ove ciò soddisfi il primario interesse del figlio minore (Cost. 27 marzo 1992, n. 132).

Nonostante a livello giuridico l'assenza di un genitore sia considerata rilevante, in ambito clinico ci si trova spesso a dover cercare altri mezzi per ottenere accordi di compromesso in situazioni difficili, tenendo conto che i tempi delle procedure legali possono non essere adeguati all'urgenza clinica. È sempre necessario un lavoro multidisciplinare di mediazione nelle situazioni di conflitto e/o disaccordo sulle scelte da intraprendere, per evitare che il conflitto arrechi ulteriori conseguenze negative sul benessere del bambino.

---

### Appendice 3

Se esiste un genitore che aderisce alla posizione dei sanitari mentre l'altro è in contrasto è possibile per entrambi i genitori presentare un'istanza al Giudice Tutelare che provvederà nell'interesse superiore del minore. Nell'ipotesi in cui i sanitari vengano a conoscenza di un conflitto tra i genitori, senza che alcuna autorità giudiziaria sia stata interessata alla posizione del minore e sussistendo un grave pregiudizio per lo stesso, è possibile fare una segnalazione direttamente alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni che a tutela della salute e degli interessi del minore agirà davanti al Tribunale per i minorenni. Qualora la decisione da prendere nell'interesse del minore sia di assoluta urgenza, a pena di grave pregiudizio per il minore, è possibile ai sensi dell'art. 336 comma 3 codice civile che i sanitari facciano una segnalazione direttamente al Tribunale per i minorenni che in tal caso può prendere provvedimenti urgenti e temporanei. Il Tribunale valuta l'urgenza proprio in riferimento al contenuto effettivo di ciò che viene indicato nella relazione sanitaria depositata. Si evidenzia come in casi estremi l'autorità competente può disporre l'allontanamento di uno o di entrambi i genitori, la nomina di un Tutore o finanche l'affido all'ente.

---

## Bibliografia

1. Luciano M, Sampogna G, del Vecchio V, et al. The family in Italy: cultural changes and implications for treatment. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 149-56.
2. Cusinato M, Calvo V, Bisogno G, et al. Attachment orientations and psychological adjustment of parents of children with cancer: a matched-group comparison. *J Psychosoc Oncol* 2017; 35: 726-40.
3. Schepers S, Sint Nicolaas S, Maurice-Stam H, Haverman L, Verhaak C, Grootenhuis M. Parental distress 6 months after a pediatric cancer diagnosis in relation to family psychosocial risk at diagnosis. *Cancer* 2017; 124: 381-90.
4. Vrijmoet-Wiersma C, van Klink J, Kolk A, Koopman H, Ball L, Maarten Egeler R. Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: a review. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 694-706.
5. Klassen A, Klaassen R, Dix D, et al. Impact of caring for a child with cancer on parents' health-related quality of life. *J Clin Oncol* 2008; 26: 5884-9.
6. Lau S, Lu X, Balsamo L, et al. Family life events in the first year of acute lymphoblastic leukemia therapy: a children's oncology group report. *Pediatr Blood Cancer* 2014; 61: 2277-84.
7. Witt W, Litzelman K, Wisk L, et al. Stress-mediated quality of life outcomes in parents of childhood cancer and brain tumor survivors: a case-control study. *Qual Life Res* 2010; 19: 995-1005.
8. Litzelman K, Catrine K, Gangnon R, Witt W. Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: the impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Qual Life Res* 2011; 20: 1261-9.
9. Grant S, Carlsen K, Bidstrup P, et al. Parental separation and pediatric cancer: a Danish cohort study. *Pediatrics* 2012; 129: e1187-e1191.
10. Haynes J. *Divorce mediation*. New York: Springer Publishing, 1981.
11. Grootenhuis M, Last B. Adjustment and coping by parents of children with cancer: a review of the literature. *Support Care Cancer* 1997; 5: 466-84.

---

Indirizzo per la corrispondenza:  
Dott. Laura Veneroni  
SC Pediatria  
Fondazione IRCCS  
Istituto Nazionale dei Tumori  
Via Giacomo Venezian 1  
20133 Milano  
E-mail: [laura.veneroni@istitutotumori.mi.it](mailto:laura.veneroni@istitutotumori.mi.it)