maltrattamento e abuso sul minore

I quaderni del professionista

4

Prevenzione del **maltrattamento-abuso** nell'**infanzia** e nell'**adolescenza**

raccomandazioni per professioniste/i

Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti

Regione Emilia-Romagna

Collana
Maltrattamento e abuso sul minore
I quaderni del professionista

Regione Emilia-Romagna
Direzione generale Cura della persona, salute e welfare

4

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza

raccomandazioni per professioniste/i

Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti

gennaio 2021

Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza. Raccomandazioni per professioniste/i.
Fattori di rischio e di protezione, interventi e strumenti

Coordinamento di Massimo Masi e Michela Bragliani

Hanno collaborato: Rosina Alessandroni, Silvana Borsari, Antonella Brunelli, Daniele Chitti, Serena D'Ambrosio, Carla Dazzani, Luca Degiorgis, Simona Di Mario, Monica Dotti, Monia Gennari, Letizia Lambertini, Cristina Maccarelli, Laura Morgan, Gabriele Natali, Giuseppina Paone, Antonella Pellacani, Maria Giulia Regazzi, Isa Ruffilli, Maria Carmela Salluce, Ilaria Tarricone, Alessandro Volta.

Ringraziamenti:
Maria Chiara Bassi, documentalista Azienda USL di Reggio Emilia per la ricerca bibliografica;
Mariagnese Cheli, psicologa psicoterapeuta, fino al 2019 in servizio presso Azienda USL di Bologna, per l'approfondimento sulla neurobiologia dello sviluppo traumatico;
Elena Greco, psicologa, Azienda USL di Bologna, per il testo sulla prevenzione della violenza nelle giovani coppie;
Milena Michielli e Giulia Previatti, Servizio ICT, tecnologie e strutture sanitarie, Regione Emilia-Romagna, per i dati epidemiologici regionali (flusso regionale SISAM-ER);
Mariateresa Paladino e Alessandro Finelli, Servizio Politiche sociali e socio educative, Regione Emilia-Romagna, per l'approfondimento sul Programma PIPPI.

Si ringraziano inoltre per la collaborazione:
Maria Stella D'Andrea, Marcella Falcieri, Jatin Lal, Marcello Lanari, Cinzia Magnani, Luciana Nicoli, Michela Razza.

La pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con il Servizio Politiche sociali e socio educative della Regione Emilia-Romagna. Progetto editoriale e realizzazione: Alessandro Finelli e Barbara Domenicali
Chiunque è autorizzato a fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La collana «Maltrattamento e abuso sul minore - I quaderni del professionista» è curata dal Servizio Assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna. Responsabili: Luca Barbieri e Fabia Franchi, referente: Michela Bragliani

Consulta i volumi precedenti:
1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale
2. Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico
3. Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori

Copia del quaderno può essere scaricata all'indirizzo: http://www.saperidoc.it/consultori-famigliari

Stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna, gennaio 2021

Indice

Presentazione 7

Introduzione e metodo 9

Struttura del quaderno 13

Capitolo 1 Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età: un problema di salute pubblica 15

1.1 I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per una crescita equilibrata 15

1.2 Il modello ecologico di intervento 16

1.3 Epidemiologia del maltrattamento/abuso: dati regionali di contesto 19

1.4 Fattori di rischio e di protezione 24

1.4.1 Stili educativi 29

1.4.2 Identificazione delle famiglie a rischio o protettive 30

1.5 Approfondimenti su alcune forme di maltrattamento ed abuso 31

1.5.1 Violenza assistita 31

1.5.2 Violenza domestica in gravidanza 32

1.5.3 Violenza tra pari 33

1.6 Le conseguenze a lungo termine della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza 35

1.6.1 Neurobiologia dello sviluppo traumatico 36

1.6.2 Evoluzione dello sviluppo traumatico in adolescenza 41

1.6.3 Ciclo dell'abuso 44

1.7 Rapporto costi/benefici della prevenzione del maltrattamento/abuso 45

Capitolo 2 La prevenzione del maltrattamento/abuso 47

2.1 La classificazione della prevenzione: premessa 47

2.2 La prevenzione: come e quando intervenire 49

2.3 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'area prenatale, perinatale e prima infanzia (fascia < 0-3 anni) 54

2.3.1 Interventi 54

2.3.2 Strumenti di screening 56

2.3.3 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie 57

2.3.4 Prevenzione specifica 60

2.3.4.1 Prevenzione della violenza in gravidanza 60

2.3.4.2 Riconoscimento e presa in carico del disagio materno perinatale 61

2.3.4.3 Programmi per la prevenzione dei traumi cranici da abuso 62

2.3.4.4 Circoncisione maschile 63

2.4 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'infanzia (fascia 3-11 anni) 64
2.4.1 Interventi 65
2.4.2 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie 67
2.4.3 Prevenzione specifica 71
2.4.3.1 Prevenzione della violenza assistita 71
2.4.3.2 Prevenzione dell'abuso sessuale 72
2.4.3.3 Prevenzione delle mutilazioni genitali femminili 73
2.5 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nella preadolescenza e nell'adolescenza (fascia 11-18 anni) 74
2.5.1 Interventi 74
2.5.2 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie 76
2.5.3 Prevenzione specifica 78
2.5.3.1 Prevenzione della violenza nelle giovani coppie 78
2.5.3.2 Prevenzione del bullismo 79
2.6 Buone prassi locali: interventi e strumenti di prevenzione 80
2.7 Programmi/piani/interventi/servizi a valenza regionale per la prevenzione della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza 86

Allegati

1. Metodologia di lavoro applicata dal gruppo redazionale per ricerca e analisi bibliografica 91
2. Normativa 93
3. Scheda Benefici delle visite domiciliari 95
4. Fac-simile Scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio 96
5. Questionario SEEK (Safe Environment fo Every Kid) 99
6. Approfondimento sulla prevenzione terziaria 100
7. Efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento nelle persone di minore età: una review delle reviews sistematiche 101
8. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle n. VII-VIII "Prevenzione primaria e secondaria fascia prenatale, perinatale e prima infanzia" 112
9. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle n. IX-X "Prevenzione primaria e secondaria fascia infanzia, preadolescenza e adolescenza" 114
10. Programma di visite domiciliari pre e postnatali: tempistica e contenuti 118
11. Fac simile Scheda di visita domiciliare 119
12. Esempio di griglia di telefonata alla puerpera 121
13. Esempio di progetto di intervento di home visiting 122
14. Questionario IPARAN 123
15. Strumento INTOVIAN 125
16. "Leggi, politiche e interventi per creare ambienti favorevoli" 126
17. Il/La pediatra e la prevenzione dell'abuso sessuale: messaggi di *guida anticipatoria* per ridurre il rischio di abusi sessuali 129
18. Ruolo del/della pediatra di libera scelta e dei/delle professionisti/e sanitari/e nella prevenzione del maltrattamento infantile 130
19. Tabella "Stadi di sviluppo del bambino e segnali di disagio" 131
20. Alcuni esempi di programmi di intervento a scuola 133

Presentazione

Questo documento si inserisce all'interno della collana "Maltrattamento e abuso sul minore. Quaderni per il professionista" che la Regione Emilia-Romagna ha pubblicato a partire dal 2014[1] a seguito dell'adozione delle Linee di indirizzo regionali (DGR n. 1667/2013[2]).

Con questo quarto quaderno della collana si intende fornire un supporto per le professioniste e i professionisti che lavorano nei servizi sociali, sanitari ed educativi affinché possano informarsi e formarsi sui possibili interventi di prevenzione volti a tutelare la persona di minore età. Nel quaderno, quindi, sono raccolte e illustrate le raccomandazioni, basate sui dati della letteratura "*evidence based*", e le buone pratiche locali.

Il/la professionista dovrà sempre tenere presente la complessità del problema, le sue implicazioni giuridiche e deontologiche e gli obblighi che ne derivano, e comportarsi di conseguenza. Le Linee di indirizzo regionali e le relative raccomandazioni in materia danno dettagliate indicazioni al/alla professionista anche su questi aspetti.

Alla costruzione e stesura di questo documento hanno fattivamente contribuito, con grande dedizione e professionalità, molte colleghe e colleghi che desidero ringraziare sentitamente.

Massimo Masi
pediatra - già Professore Ass. Clinica Pediatrica - Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Policlinico S. Orsola Malpighi - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

[1] http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/934

[2] Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", Regione Emilia-Romagna http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr_1677_2013_bambini.pdf/view?-searchterm=DGR%201677/2013

Introduzione e metodo

Il presente lavoro si inserisce all'interno degli interventi che la Regione Emilia-Romagna ha messo in atto negli ultimi anni a partire dal 2013, anno in cui è stata approvata la delibera di indirizzo (D.G.R. n.1677/2013[3]) per migliorare l'accoglienza e la cura di persone di minore età vittime di maltrattamento e abuso, che, nel definire il fenomeno, offre raccomandazioni operative nelle diverse fasi dell'intervento: dalla rilevazione, all'attivazione della rete dei Servizi, alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria, alla valutazione multidisciplinare.

Le Linee di indirizzo individuano inoltre un percorso organizzativo per l'applicazione a livello regionale e territoriale. Nel loro complesso delineano un modello di *governance* pubblico integrato che, nel mettere al centro i bisogni di bambini/e e ragazzi/e, sviluppa sinergie con i punti della rete per la tutela.

Un altro importante passo avanti in Regione è stato fatto nel 2014 con l'approvazione della D.G.R. n.1102 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte a minorenni allontanate/i o a rischio di allontanamento". Si tratta di una delibera che contiene indirizzi per la definizione degli accordi, tra Enti Locali e Azienda USL, per la realizzazione di interventi integrati delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati dalla loro famiglia o a rischio di allontanamento, spesso proprio per motivi legati a gravi forme di incuria, maltrattamento e abuso, per creare uniformità nei percorsi di cura e di tutela e garantire livelli essenziali di intervento sociale, sanitario e socio-sanitario.

Per spiegare **il razionale del lavoro** svolto per la stesura del quaderno si richiama, oltre le due delibere sopra citate, soprattutto il principio (contenuto in alcuni importanti documenti legislativi e della Regione) secondo cui in generale l'intervento dei/delle professionisti/e, in particolar modo quello di prevenzione dal maltrattamento/abuso, deve essere di supporto al soggetto di minore età e alla sua famiglia in difficoltà, attraverso vari livelli e con modalità progressivamente più significative per fare superare le difficoltà alla famiglia[4].

A tale scopo, l'**art. 1 della legge 184/1983 e ss.ii**.[5], che si riporta per intero, precisa:

TITOLO I

Princìpi generali (3)

1. Il minore ha diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia.
2. Le condizioni di indigenza dei genitori o del genitore esercente la potestà genitoriale non possono essere di ostacolo all'esercizio del diritto del minore alla propria famiglia. A tal fine a favore della famiglia sono disposti interventi di sostegno e di aiuto.
3. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'àmbito delle proprie competenze, sostengono, con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, i nuclei familiari a rischio, al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia. Essi promuovono altresì iniziative di formazione dell'opinione pubblica sull'affidamento e l'adozione e di sostegno all'attività delle comunità di tipo familiare, organizzano corsi di preparazione ed aggiornamento professionale degli operatori sociali nonché incontri di formazione e preparazione per le

[3] Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", Regione Emilia-Romagna (allegato B http://salute.regione.emilia-romagna.it/normativa-e-documentazione/leggi/regionali/delibere/dgr_1677_2013_bambini.pdf/view?searchterm=DGR%201677/2013

[4] Si richiama a questo proposito anche la "*Relazione della Commissione speciale di inchiesta circa il sistema di tutela dei minori nella regione Emilia-Romagna*" (oggetto n. 9121 del 14/11/19) Cap. 4 Indicazioni e raccomandazioni https://www.assemblea.emr.it/attivita/attivita-dalle-commissioni/comm-spec-minori

[5] Legge 184/1983 e ss.ii. https://www.camera.it/_bicamerali/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm
http://www.ufficigiudiziarigenova.it/documentazione/D_5283.pdf
"Il D.Lgs. 154/2013 ha rafforzato il principio del diritto del minore a crescere e ad essere educato nella propria famiglia inserendo, tra le norme finali della legge 184/1983, l'art. 79bis, ove si prevede che, nell'ambito di tutte le procedure dinanzi ai Tribunali per i minorenni è obbligo del giudice segnalare tutte le situazioni di indigenza dei nuclei familiari che richiedono interventi di sostegno, per consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia." (da "*Relazione finale della Commissione tecnica per l'individuazione di misure organizzative e procedimentali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine*", presa d'atto DGR n. 1899/2019 della Regione Emilia-Romagna).

famiglie e le persone che intendono avere in affidamento o in adozione minori. I medesimi enti possono stipulare convenzioni con enti o associazioni senza fini di lucro che operano nel campo della tutela dei minori e delle famiglie per la realizzazione delle attività di cui al presente comma.

4. Quando la famiglia non è in grado di provvedere alla crescita e all'educazione del minore, si applicano gli istituti di cui alla presente legge.
5. Il diritto del minore a vivere, crescere ed essere educato nell'àmbito di una famiglia è assicurato senza distinzione di sesso, di etnia, di età, di lingua, di religione e nel rispetto della identità culturale del minore e comunque non in contrasto con i princìpi fondamentali dell'ordinamento.

Il presente quaderno regionale, dedicato al tema della prevenzione del maltrattamento/abuso nell'infanzia e nell'adolescenza, è in continuità con i quaderni precedenti della collana pensati e prodotti a supporto della rete degli/delle operatori/trici con l'obiettivo di sostenere le buone pratiche, sollecitare il confronto[6] e garantire l'aggiornamento dei/delle professionisti/e impegnati/e nella tutela.

Per facilitare la lettura:

- nei **riquadri azzurri** vengono evidenziati dati o informazioni rilevanti per il/la lettore/trice,
- nei **riquadri rossi** commenti,
- nei **riquadri gialli** le raccomandazioni operative per ogni argomento affrontato.

Questa pubblicazione è stata realizzata per sottolineare l'importanza della prevenzione nell'ambito del maltrattamento e dell'abuso in età evolutiva e per offrire uno strumento di lavoro che orienti nella tutela della salute in questa fascia di età, a partire dal coinvolgimento del contesto di vita familiare e comunitario.

In questa ottica il gruppo di lavoro:

- ha focalizzato l'attenzione sulle conseguenze del trauma complesso in età evolutiva;
- ha esteso la finestra della prevenzione del maltrattamento a partire dalla gravidanza (meno nove mesi e più mille giorni di vita del/della bambino/a);
- si è concentrato principalmente sulla prevenzione della violenza operata da persone adulte nei confronti di minorenni, con alcuni approfondimenti relativi ai comportamenti violenti agiti tra pari in adolescenza.

Non si ha la pretesa di affrontare tutto ciò che riguarda la prevenzione del maltrattamento e abuso sulle persone di minore età, su cui è presente già una ricca bibliografia internazionale, ma nel progettare questo documento si è pensato di **raccogliere e presentare le azioni**[7]**, gli strumenti e le buone prassi**[8] che, a fronte sempre dell'evidenza scientifica[9] delle raccomandazioni suggerite, fossero **applicabili e realizzabili**[10] a livello locale. Il gruppo di lavoro si è quindi concentrato sulle aree della sanità, del sociale e della scuola, pur nella consapevolezza che il complesso sistema assistenziale-educativo-curante della "tutela persone di minore età" coinvolge in reciproca interazione molte aree di intervento (servizi sanitari e sociali, ma anche Autorità Giudiziaria, Terzo settore, privato sociale…). Con successivi interventi istituzionali e organizzativi andranno potenziate le attività preventive con queste aree.

Il gruppo di lavoro ha svolto quindi una **revisione della letteratura nazionale e internazionale** sul tema oggetto di studio attingendo a diverse banche dati: il materiale (comprese linee guida, raccomandazioni nazionali

[6] Il confronto, interprofessionale e interdisciplinare, fa emergere la difficoltà, ancora piuttosto generalizzata, di riconoscere la violenza, e di nominarla, e conferma che, tanto facilmente, quanto inconsapevolmente, anche i/le professionisti/e tendano a mettere in atto dei *meccanismi di «evitamento»* che la rendono invisibile. È importante infatti tenere presente che esistono delle strategie di «evitamento» della violenza (negazione e legittimazione) e delle tattiche di «evitamento» della violenza (eufemizzazione linguistica, minimizzazione degli atti e dei loro effetti, colpevolizzazione delle vittime, disumanizzazione, psicologizzazione, naturalizzazione e separazione), molto spesso inconsapevoli, che possono condurre alla sottovalutazione o a errori di valutazione. È fondamentale non evitare e non delegare mai la responsabilità di affrontare una situazione di violenza. (da "*La responsabilità della violenza. Un modello di intervento socioeducativo nel contrasto alla violenza contro le donne*" a cura di L. Lambertini Ed. Il Mulino, Bologna).

[7] Vedi Tabelle 8-11

[8] Vedi Paragrafo 2.6

[9] Vedi Allegato 1

[10] Nel caso della Regione Emilia-Romagna, le/i professioniste/i devono tenere conto delle progettualità distrettuali sviluppate nei territori anche a seguito dell'adozione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019.

e/o internazionali e buone prassi locali) è stato condiviso in un'area di lavoro comune e appositamente creata sul web. Tali fonti hanno consentito di selezionare le azioni e gli interventi di provata efficacia indirizzati ai diversi target considerati.

Per un approfondimento sulla metodologia di lavoro applicata dal gruppo redazionale per ricerca e analisi bibliografica si può consultare anche l'Allegato 1 *"Metodologia di lavoro"* e l'Allegato 7 *"Efficacia degli interventi di prevenzione prima e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento dei minori: una review delle reviews sistematiche".*

Struttura del quaderno

Il quaderno si apre con una introduzione sui ***Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza*** per una crescita equilibrata ripresi dai principali documenti internazionali e dalle leggi italiane vigenti, viene quindi richiamato ***il modello ecologico di intervento,*** proposto anche nelle Linee di indirizzo regionali[11], per comprendere le aree che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno da maltrattamento/abuso; vengono presentati alcuni dati regionali di contesto nel paragrafo sull'***Epidemiologia del maltrattamento/abuso***, a seguire sono analizzati i ***fattori di rischio e di protezione*** a cui il gruppo redazionale dedica anche una nota sull'effetto "inversione figura-sfondo" per cui i primi hanno spesso "il sopravvento" sui secondi. Agli ***Approfondimenti su alcune forme di maltrattamento/abuso***, non trattate del tutto o riprese rispetto a quelle presentate nelle Linee di indirizzo regionali, seguono le ***Conseguenze a lungo termine della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza*** in cui è stata illustrata la ***Neurobiologia dello sviluppo traumatico*** e a seguire ***il ciclo dell'abuso***. Il primo capitolo si conclude con una breve analisi dei ***costi/benefici della prevenzione***.

Apre il secondo capitolo la dissertazione avvenuta all'interno del gruppo degli autori e delle autrici sulla ***classificazione della prevenzione*** in ambito medico e educativo***.***

Una prima rappresentazione, in sintesi, delle principali ***azioni*** e degli ***strumenti*** per la prevenzione primaria e secondaria del maltrattamento/abuso è illustrata poi nelle ***tabelle*** che riportano i principali interventi efficaci distinti sulla base dei ***livelli*** (sociale e di comunità, relazionale e individuale).

Il secondo capitolo, in cui principalmente sono illustrate le raccomandazioni per la prevenzione del maltrattamento/abuso, si articola in tre periodi sulla base delle fasi di sviluppo del/della bambino/a e del/della ragazzo/a: ***la prevenzione nell'area pre e perinatale e nella prima infanzia*** (fascia <0 - fino a 3 anni, un'accezione più allargata dei "primi mille giorni" di vita del/della bambino/a che va dalla gravidanza al 3° anno di vita[12] compreso); ***la prevenzione nell'infanzia*** (fascia 3-11 anni) e infine ***la prevenzione nella pre e nell'adolescenza*** (fascia 11-18 anni).

Per ciascuna di queste fasi sono illustrati gli ***interventi*** efficaci, le ***raccomandazioni a Servizi/Enti/agenzie*** e alcune importanti tipologie di ***prevenzione specifica*** che possono essere messe in atto dagli/dalle operatori/trici di area sociale, sanitaria ed educativa.

Il capitolo si conclude con le ***buone prassi*** raccolte nella tabella sugli interventi e gli strumenti di prevenzione, ordinati per temi, presenti nei Piani di Zona 2018-2020 della Regione Emilia-Romagna[13] e con la descrizione di alcuni ***programmi/interventi e servizi a valenza regionale***.

In ogni capitolo i principali ***riferimenti bibliografici*** per i diversi paragrafi sono riportati come nota a piè di pagina.

Il quaderno è infine corredato da una serie di ***allegati***, quali strumenti che possono integrarne la lettura e facilitarne l'applicazione nel lavoro quotidiano.

Vi auguriamo buona lettura!

[11] D.G.R. n.1677/2013, Regione Emilia-Romagna.

[12] Trattando questo argomento, il gruppo di lavoro ha considerato importante estendere il periodo di attenzione per azioni di prevenzione dal momento del concepimento al compimento del terzo anno di vita. Per l'allargamento temporale delle azioni strategiche alla gravidanza, si faccia riferimento anche al nuovo documento di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni "*Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni*" del Ministero della Salute e relativo Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome (CSR repertorio atti n. 15, del 20 febbraio 2020) http://www.statoregioni.it/media/2467/p-3-csr-rep-n-15-20feb2020.pdf

[13] https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/i-piani-di-zona-distrettuali

Capitolo 1
Maltrattamento-abuso sulle persone di minore età: un problema di salute pubblica

1.1 I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza per una crescita equilibrata

La storia dei diritti delle persone di minore età della loro rappresentanza nella società è piuttosto recente, legata ai mutamenti culturali e allo sviluppo delle scienze psicologiche; prende corpo a partire da una maggiore considerazione della/del **bambina/o come persona**, dal conseguente mutamento della sua rappresentazione nel mondo adulto e dal ruolo assegnatogli nella società (Allegato 2)[14].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce che "ogni bambino ha **diritto alla salute e a una vita priva di violenza**" (WHO, 2006[15]). Nonostante questo diritto sia stato sancito da numerose Convenzioni Internazionali e Leggi nazionali, in tutto il mondo ogni anno milioni di bambine/i sono vittime e testimoni di violenza fisica, sessuale, psicologica e sfruttamento. Il maltrattamento è dunque "un problema di salute pubblica" (WHO, 2006) per l'impatto sul benessere fisico, mentale e sociale delle vittime, sul loro sviluppo e, più in generale, sulla società anche in termini di spesa sociale e sanitaria (Felitti et al., 2012[16,17]).

È noto che la maggior parte degli episodi di maltrattamento si verifica come patologia delle relazioni educative e di cura, e quindi all'interno della famiglia. Il fenomeno tocca perciò in primo luogo le relazioni genitore-figlio/a, dove si manifesta come espressione di incapacità genitoriale. Questo termine va inteso nel suo significato oggettivo: un genitore che trascura gravemente il/la figlio/a o lo/a maltratta o ne abusa è certamente "incapace" di adempiere i doveri del suo ruolo. Dunque, ogni violazione dei doveri genitoriali, volontaria o inconsapevole, omissiva o commissiva, rientra nel concetto.

Come ci ricorda l'art. 29 della Convenzione delle N. U., i doveri genitoriali consistono in primo luogo nel "*favorire lo sviluppo della personalità del fanciullo nonché lo sviluppo delle sue facoltà e delle sue attitudini mentali e fisiche in tutta la loro potenzialità*". È solo in funzione del compimento di tali doveri che la legge attribuisce ai genitori quella che, nel nostro diritto, si chiama "responsabilità genitoriale"[18].

Prima di essere figlio/a, il soggetto di minore età è anzitutto persona, e in quanto tale va rispettata. Ed è persona di minore età, che ha diritto "alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo" (Conv. N.U., art. 6[19]). Prima del diritto alla famiglia, la/il bambina/o ha diritto di essere protetto "*contro ogni forma di violenza, aggressione, brutalità fisiche o mentali, abbandono, negligenza, maltrattamenti o sfruttamento, compresa la violenza sessuale, per tutto il tempo in cui è affidato all'uno o all'altro o a entrambi i genitori*" (Conv. N.U., art. 19).

L'obiettivo primario è quello di aumentare la sicurezza dei bambini e migliorare la qualità del loro sviluppo. L'attuale legislazione europea (CRC1989 -artt. 3, 9, 12, 18 e 20 nello specifico-, EU2020 Strategy, REC. 2006/19, REC. 2013/778), riconosce il sostegno alla genitorialità come strategia essenziale per «*rompere il circolo dello svantaggio sociale e assicurare ai bambini "a good start" nella vita*», e la legislazione italiana sottolinea l'importanza di far crescere le bambine e i bambini all'interno delle famiglie (L.149/2001). In questo senso questo principio si situa all'interno dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile[20]. L'UNICEF, nella *Innocenti Report Card 14*[21], ha individuato 10 fra i 17 obiettivi più rilevanti per l'infanzia nei Paesi ad alto reddito.

---

[14] "*Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*" (Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013, Regione Emilia-Romagna) e Allegato 2.

[15] World Health Organisation (2006) "*Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence*" in http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm. La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: www.cismai.org/Search.aspx?W=prevenzione&np=2

[16] OMS, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, 2006.

[17] Felitti V.J., Anda R.F. et al., (last review 2013) *The Adverse Childhood Experiences (ACEs) Study*, in www.cdc.gov/ace/outcomes.htm

[18] La responsabilità genitoriale è stata introdotta dal D.lgs. 154\2013 "*Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012 n. 219*" che ha riscritto gli articoli art. 315 e ss. del codice civile.

[19] Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia (1989) ratificata in Italia con la legge n.176 del 27 maggio 1991, in www.savethechildren.it

[20] http://www.unric.org/it/agenda-2030

[21] https://www.unicef-irc.org/article/1620-global-press-release-innocenti-report-card-14.html

Fra questi, i seguenti 4 incrociano direttamente le tematiche affrontate sullo svantaggio sociale:

- obiettivo 1: povertà zero
- obiettivo 4: istruzione di qualità
- obiettivo 10: ridurre le disuguaglianze
- obiettivo 16: pace giustizia e istituzioni forti.

La Legge italiana indica la famiglia come luogo di riferimento primario per la persona di minore età e orienta tutti i possibili interventi di protezione, di tutela e di promozione a mantenere il più possibile queste relazioni[22].

La legislazione italiana in materia, se confrontata con quella di altri Paesi europei (ad esempio, la Gran Bretagna dove vige il *Children Act 1989*[23]), ha però un'importante carenza: la mancanza di una legge quadro nazionale che, oltre a superare le molte contraddizione esistenti nelle attuali norme sparse in diversi provvedimenti e codici, disciplini in modo unitario, anche dal punto di vista delle procedure legali e interistituzionali, la tutela e la protezione delle persone di minore età, analogamente a quanto avviene, ad esempio, nell'ambito della tutela dei diritti delle persone con disabilità, attraverso la L. 104/1992. L'adozione di un simile strumento giuridico costituirebbe un aiuto di primaria importanza per tutti i soggetti che, a vari livelli e a diverso titolo, operano in questo campo e, in questa sede, non possiamo che auspicarla in tempo ragionevoli.

Raccomandazione: Come intervento legislativo nazionale si raccomanda di promulgare una **legge quadro** sulla tutela dell'infanzia e dell'adolescenza a cui l'Italia a livello europeo non ha ancora aderito; l'assenza di tale legge quadro indebolisce il quadro giuridico all'interno del quale realizzare gli interventi.

1.2 Il modello ecologico di intervento

Il maltrattamento è fortemente correlato a specifici fattori di vulnerabilità e di resilienza individuali, familiari e sociali che, in un processo interattivo, modulano il rischio di esposizione alla violenza.

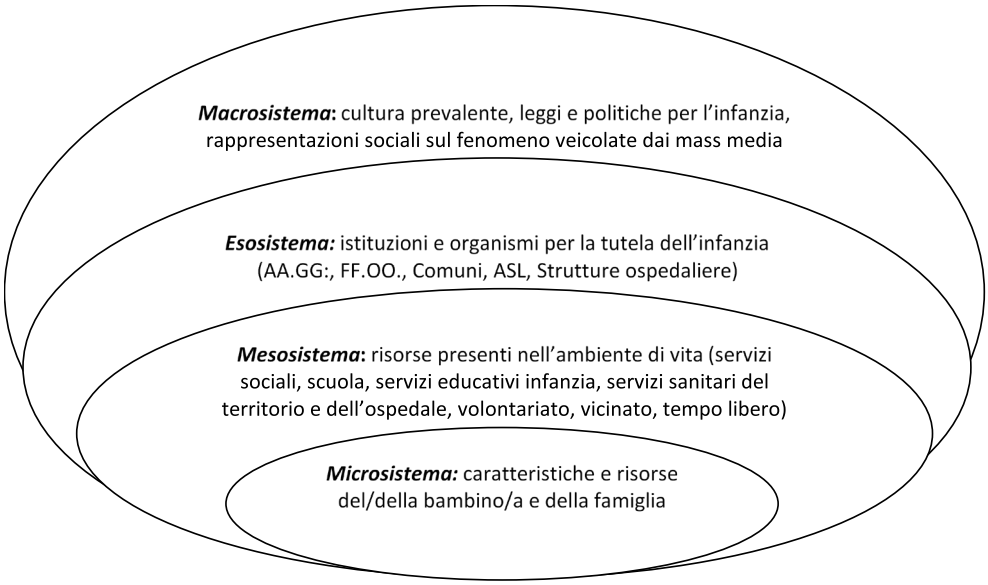


Figura 1. Prospettiva ecologica: eziologia, prevenzione e cura del danno.

Per maltrattamento all'infanzia e all'adolescenza s'intendono "tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia o potere" (WHO, 2002).

[22] Legge 184/1983 e ss.ii. https://www.camera.it/_bicamerali/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm
[23] http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents

Per la comprensione e il contrasto al fenomeno, il "*Rapporto su violenza e salute*" (WHO, 2002) e "*Prevenire il maltrattamento sui minori*" (WHO, 2006) suggeriscono l'adozione di una prospettiva "ecologica" ispirata al modello di Bronfenbrenner (1986[24], 2010[25]; Malacrea 2010[26]) che considera quattro aree concentriche che interagiscono nell'eziologia, nella prevenzione e nella cura del danno (Figura 1). L'interazione di queste aree determina condizioni di benessere o di disagio e le stesse dovrebbero fungere da cornice di riferimento per le prassi operative.

Per sviluppare e promuovere queste 4 partnership, occorre basarsi su un concetto chiave secondo cui "*la complessità dell'intervento e il suo successo complessivo non risiedono unicamente nelle caratteristiche delle famiglie, ma anche nella configurazione delle pratiche che sono modellate sugli assetti organizzativi attuali dei servizi per i bambini e le famiglie in un dato contesto e che, quindi, gli esiti non dipendono solo dalla natura e della gravità del problema che la famiglia porta ai servizi, ma dalla qualità dei processi messi in atto nei diversi livelli dell'ecosistema e primo fra tutti dalla capacità di utilizzare una accurata metodologia di progettazione a tutti i livelli dell'ecosistema"* (Ogden et al., 2012)[27].

Il gruppo di stesura del presente Quaderno si rifà a questo modello già seguito nelle stesse Linee di indirizzo regionali[28] e nel Quaderno n. 3 di questa Collana[29]. Il modello proposto è un modello probabilistico, non causale. Permette di incorporare in un unico modello fattori di rischio biologici e psicologici a livello individuale e fattori sociali e culturali.

Come indicato nel Quaderno n. 3 sopra menzionato[30] "*l'ambiente ecologico (i diversi contesti di crescita del/della bambino/a o dell'adolescente, prossimali e distali) con le sue reti di relazioni, influenza in modo diretto o indiretto le risorse del figlio e di chi si prende cura di lei/lui (Bronfenbrenner, 2010[25]). Nella pratica operativa questo modello suggerisce l'adozione di una prospettiva flessibile e sistemica (Boccafogli, Garavini et al., 2015[31]) volta a integrare i vari livelli (individuale, familiare, educativo, comunitario, ecc.) per favorire lo sviluppo e la promozione del benessere del soggetto in crescita e del suo ambiente di vita*".

Figura 2. Prospettiva ecologica: i tre livelli delle strategie preventive.

[24] Bronfenbrenner U. (1979), *The Ecology of Human develompment: Experiments by nature and Design*, Harvard University Press. Traduzione italiana: *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna, Il mulino, 1986.
[25] Bronfenbrenner U. (2010), *Rendere Umani gli Esseri Umani*, Trento, Erickson Ed.
[26] Malacrea M., Vassalli A. (1990), *Segreti di famiglia*, Milano, Cortina Ed.
[27] Ogden T. et al., (2012), *Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs – a pilot study*, Implementation Science, 7 (49).
[28] "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso" (Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013, Regione Emilia-Romagna).
[29] Il modello ecologico è stato ripreso anche dalle autrici e dagli autori del quaderno n.3 "*Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori.*" della presente Collana, edizione luglio 2020.
[30] Vedi nota precedente.
[31] Boccafogli B. et al., *Famiglie e famiglie multiproblematiche. Orientamenti metodologici e linee operative per affrontare la complessità*, Dossier 251, Regione Emilia-Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, 2015.

Infatti la prospettiva "ecologica" dell'intervento suggerisce di adottare efficaci strategie preventive su almeno tre livelli (WHO, 2006[32]) (Figura. 2). "*Non il singolo intervento, quindi, ma un sistema che si fa curante attraverso la costruzione di connessioni tra diverse discipline, risorse e livelli d'intervento*" (Cheli, Mantovani e Mori, 2015[33]).

L'approccio bioecologico dello sviluppo umano evidenzia infatti che un/a bambino/a cresce in maniera positiva quando le persone adulte che si occupano di lui/lei in famiglia e negli altri ambienti di vita ("microsistemi") interagiscono tra di loro in maniera sistematica e collaborativa (all'interno del "mesosistema") e vengono accompagnate nel loro ruolo attraverso diverse forme di supporto dal più ampio contesto sociale e culturale. Ciò significa che oggi non sappiamo ancora quale genitore, e come, è di per sé "buono", ma sappiamo che le funzioni genitoriali in senso lato possono essere apprese e che ricevere sostegno sociale è una variabile che impatta su questo apprendimento, favorendolo.

Sembra dunque che sia più funzionale, rispetto allo sviluppo dei/delle bambini/e, facilitare il processo di inclusione dei genitori nella comunità di appartenenza, garantendo loro sostegno per favorire il recupero e/o la qualificazione delle loro modalità di risposta ai bisogni di sviluppo dei/delle figli/e, piuttosto che soffermarsi sulla sola valutazione delle competenze genitoriali.

I recenti studi sulla resilienza evidenziano che le persone (e in primis i/le bambini/e), le famiglie e le comunità riescono ad affrontare situazioni difficili quando possono contare su diversi fattori di protezione, quando sono aiutate a comprendere e ridurre i fattori di rischio e quando sono capaci di riconoscere le proprie risorse individuali, familiari e sociali e di utilizzarle come aiuto in una modalità ritenuta significativa da loro stessi e dal contesto socio-culturale a cui appartengono.

L'orizzonte teorico fa quindi riferimento alla possibilità sempre aperta del cambiamento della persona e quindi dell'educabilità umana, da cui nasce una positiva tensione verso l'autonomia del soggetto, che consente di mettere al centro non tanto e non solo il problema della vulnerabilità e della negligenza, quanto l'interezza della persona con le sue potenzialità, che si possono attualizzare attraverso interventi di promozione, soprattutto se realizzati all'interno di contesti che favoriscono relazioni positive.

Figura 3. Il modello multidimensionale "il Mondo del Bambino" (MdB).

[32] World Health Organisation (2006), "*Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generative evidence*" in http://www.who.int/whr/2006/en/index.htm La versione in lingua italiana del documento "Prevenire il maltrattamento sui minori: indicazioni operative e strumenti di analisi", a cura dell'Assessorato alla Sanità e Politiche socio-sanitarie del Comune di Ferrara è scaricabile dal sito del CISMAI: https://cismai.it/guida-oms-ispcan-prevenire-il-maltrattamento-sui-minori-indicazioni-operative-e-strumenti-di-analisi/

[33] Cheli M., Mantovani F., Mori T., *La valutazione sociale delle cure parentali. Manuale per l'operatore*, Franco Angeli, Milano, 2015.

Una cornice di riferimento coerente con i suddetti principi è il modello multidimensionale triangolare denominato "**il Mondo del Bambino**" (Figura 3), che rappresenta l'adattamento italiano dell'esperienza dell'*Assessment Framework* dei governi inglese e scozzese, oggi diffusa in molti Paesi occidentali con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di efficacia degli interventi di protezione e cura in vista di uno sviluppo ottimale dei/delle bambini/e seguiti/e dai servizi. Il modello proposto è definito multidimensionale in quanto comprende le tre macrodimensioni dei bisogni di sviluppo dell'infanzia, delle risposte dei genitori a tali bisogni e dei fattori ambientali e familiari all'interno dei quali si costruiscono tali risposte.[34]

Esso consente l'avvio di un percorso di analisi ecosistemica dei bisogni di sviluppo del/della bambino/a, che invita i genitori e l'insieme degli attori coinvolti nell'intervento con le famiglie negligenti a superare l'attenzione prevalente ai loro fattori di rischio, per costruire la progettazione di azioni concrete, grazie ad una cornice di riferimento comune e ad un linguaggio condiviso.

L'obiettivo principale di tale percorso è costruire una risposta sociale ai bisogni dell'infanzia, in particolare di coloro che vivono in condizioni che interferiscono con la loro sicurezza, il loro ben-essere e il loro sviluppo, che sia coerente (che si sviluppi da una comprensione globale e integrata di questi bisogni), appropriata (che tenga conto dei bisogni, della loro intensità, delle risorse disponibili, delle capacità dei bambini e delle bambine e degli eventuali ostacoli presenti) e opportuna (che venga realizzata nel tempo più adatto per la vita del bambino).

Tale modello intende offrire un supporto per gli/le operatori/trici per giungere a una comprensione olistica dei bisogni e delle potenzialità di ogni bambino/a e di ogni famiglia. Esso, infatti, fa riferimento alle 3 dimensioni fondamentali che contribuiscono allo sviluppo di un/a bambino/a: *I bisogni evolutivi*; *Le risposte delle figure parentali a tali bisogni*; *I fattori dell'ambiente*. Ognuna di queste tre dimensioni è a sua volta composta da un certo numero di sotto-dimensioni.

Il "Mondo del Bambino" struttura la formulazione rigorosa e sistematica di descrizioni accurate della situazione come si presenta qui e ora (*assessment*), per individuare gli interventi da mettere in campo e identificare i possibili miglioramenti (progettazione). Il "Mondo del Bambino" ha una duplice identità: essere un quadro teorico di riferimento (un referenziale) e allo stesso tempo uno strumento di intervento con le famiglie, che favorisce una comprensione olistica dei bisogni, alla luce dei diritti, e delle potenzialità di ogni bambino/a e di ogni famiglia.[35]

1.3 Epidemiologia del maltrattamento-abuso: dati regionali di contesto

Per contestualizzare il fenomeno, si è scelto di fornire il quadro a livello regionale utilizzando i dati del sistema informativo SISAM-ER, il sistema informativo su bambini/e, ragazzi/e seguiti dai servizi sociali territoriali della Regione Emilia-Romagna: l'analisi fornisce i dati più recenti, al 31 dicembre 2018 e in serie storica, sui soggetti di minore età in carico ai servizi sociali del territorio regionale, distinti per provincia, classe di età, tipo di violenza, genere, contesto ambientale della violenza e cittadinanza.

Al 31 dicembre 2018 i/le bambini/e e i/le ragazzi/e in carico ai Servizi sociali territoriali dedicati all'assistenza, protezione e tutela di persone di minore età in difficoltà in Emilia-Romagna sono state 54.116 (Figura 4), pari a 7.7% della popolazione residente minorenne (Figura 5).

[34] Linee di indirizzo nazionali "*L'intervento con bambini e famiglie in situazioni di vulnerabilità*", Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Roma, dicembre 2017 https://www.minori.gov.it/it/minori/linee-di-indirizzo-nazionali-lintervento-con-bambini-e-famiglie-situazione-di-vulnerabilita

[35] Rapporto di valutazione P.I.P.P.I., Sintesi 2017-2018 Università degli studi di Padova e Ministero del lavoro e delle politiche sociali, https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/QRS-45-Rapporto-PIPPI-2017-2018.pdf

Ambito provinciale	Minorenni in carico ai Servizi sociali							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piacenza	5.704	6.102	6.461	6.355	6.221	6.243	5.970	5.695
Parma	6.445	6.841	7.232	7.300	6.980	6.877	6.294	6.019
Reggio Emilia	8.204	7.353	7.464	7.008	6.936	7.582	7.704	6.913
Modena	8.262	8.155	8.048	8.603	8.985	9.523	11.345	9.995
Bologna	9.702	10.280	10.875	11.231	11.649	10.117	10.643	11.363
Ferrara	3.420	3.415	3.629	3.728	3.665	3.374	3.484	3.357
Ravenna	4.992	5.536	5.606	5.449	5.490	5.794	5.960	5.254
Forlì-Cesena	3.913	3.102	3.011	3.055	3.894	3.459	3.041	3.076
Rimini	3.817	2.479	2.420	2.412	2.160	2.321	2.461	2.444
Regione E-R	**54.459**	**53.263**	**54.746**	**55.141**	**55.980**	**55.290**	**56.902**	**54.116**

Figura 4. Bambine/i e ragazze/i in carico ai Servizi sociali territoriali, al 31.12, per Provincia.[36]

Ambito provinciale	Minorenni in carico ai Servizi sociali	Popolazione residente minorenne	Minorenni in carico ai Servizi /Pop. minorenne residente x 1000
Piacenza	5.695	43.820	*13,0*
Parma	6.019	71.431	*8,4*
Reggio Emilia	6.913	92.375	*7,5*
Modena	9.995	117.777	*8,5*
Bologna	11.363	156.618	*7,3*
Ferrara	3.357	45.766	*7,3*
Ravenna	5.254	59.432	*8,8*
Forlì-Cesena	3.076	62.782	*4,9*
Rimini	2.444	54.438	*4,5*
Regione E-R	**54.116**	**704.439**	***7,7***

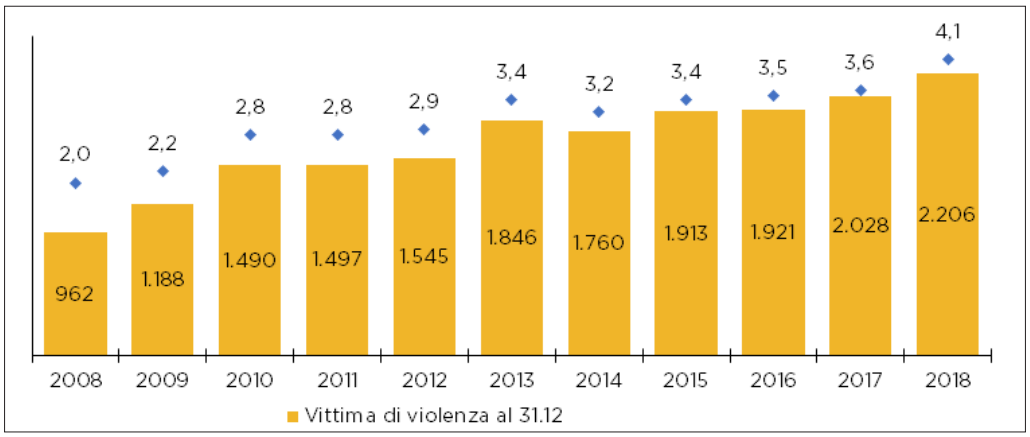
Figura 5. Tasso di prevalenza (Minorenni in carico ai Servizi/Popol. minorenne residente x 1000). Anno 2018.

Le/i bambine/i e le/i ragazze/i in carico ai Servizi sociali territoriali dell'Emilia-Romagna al 31.12.2018 per maltrattamento fisico o psicologico, violenza sessuale, violenza assistita o per trascuratezza grave sono stati 2.206 (Figura 6), circa 3,1 ogni 1.000 residenti minorenni (Figura 7). I nuovi minorenni presi in carico nell'anno 2018 per queste problematiche raggiungono invece una numerosità pari a 484 unità (Figura 7).

L'analisi relativa al genere e all'età rileva che complessivamente le femmine sono in percentuale maggiore rispetto ai maschi (52,63%) (Figura 8) con una quota che cresce all'aumentare dell'età, fino a costituire oltre il 71% (75 su 105) delle vittime nella fascia 18-19 anni e l'81% (26 su 32) circa oltre i 20 anni di età (Figura 9). Il flusso SISAM-ER rileva anche soggetti di 18 anni e oltre, perché risponde di tutta l'utenza in carico ai Servizi sociali territoriali di tutela che, quando necessario e possibile, continuano a seguire tali situazioni anche oltre la maggiore età.

[36] Fonte dei dati che saranno illustrati in questo paragrafo è il Sistema Informativo SISAM-Minori. Regione Emilia-Romagna https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/dati-sisam-2020/interventi-sociali-per-bambini-e-ragazzi-in-emilia-romagna-anno-2020

[NOTA:
Il Distretto di Bologna non trasmette i dati attraverso il flusso SISAM-ER (circolare n. 23/2014) ma con Rilevazione integrativa.
Il Distretto di Fidenza invia i dati tramite integrativa nel 2017 a seguito di elaborazioni interne al servizio.
Il Comune di Modena comunica che sta effettuando operazioni di pulizia della banca dati a partire dai dati relativi all'anno 2018. Una differenza di numeri rispetto agli anni precedenti è da attribuire a tali operazioni. Allo stesso modo alcuni servizi del distretto di Bologna stanno completando la digitalizzazione delle banche dati e questo provoca un sensibile aumento di minori in carico in SISAM.
Il Distretto di Ravenna comunica un dato sottostimato nel 2018 a causa di un cambio di software e difficoltà di allineamento del nuovo al precedente.
Sono inclusi anche i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA). D.P.C.M. 9.12.1999 n. 535, L. n. 47 del 7 aprile 2017].



La **% di casi vittime di violenza** sui minorenni in carico al 31.12 si attesta nel 2018 al **4.1%**, di poco superiore (+0,4%) rispetto al 2017

Figura 6. Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico ai servizi sociali al 31.12, anni 2010-2018. Valori assoluti e % casi di violenza sul totale minorenni in carico.

Ambito provinciale	Nuovi casi di violenza presi in carico (INCIDENZA)		Casi di violenza in carico al 31.12.18 (PREVALENZA)	
	v.a.	ogni 1.000 minorenni res.	v.a.	ogni 1.000 minorenni res.
Piacenza	28	0,6	134	3,1
Parma	35	0,5	180	2,5
Reggio Emilia	137	1,5	490	5,3
Modena	120	1,0	356	3,0
Bologna	50	0,3	333	2,1
Ferrara	41	0,9	198	4,3
Ravenna	35	0,6	201	3,4
Forlì-Cesena	27	0,4	263	4,2
Rimini	11	0,2	51	0,9
Totale E-R	**484**	**0,7**	**2.206**	**3,1**

Figura 7. Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza con nuova presa in carico e in carico al Servizio sociale al 31.12.2018 per ambito provinciale. Valori assoluti e per 1.000 residenti minorenni.

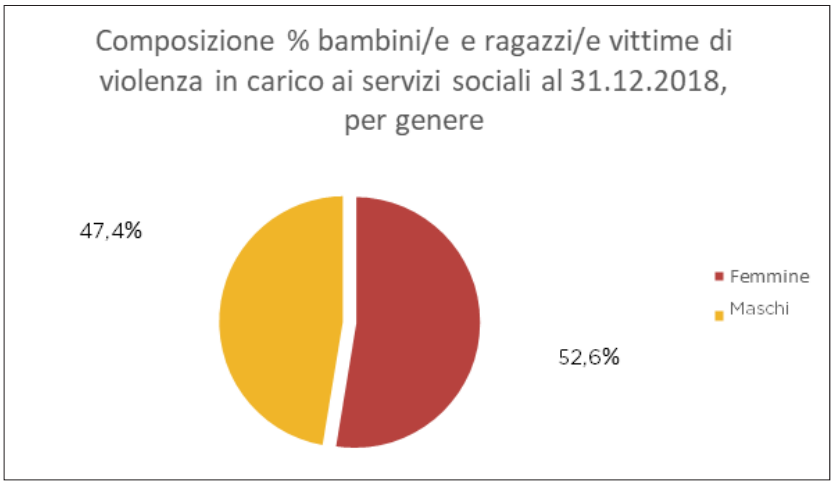


Figura 8. Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale al 31.12.2018 per genere.

Colpiscono le basse % di bambini/e nelle fasce 0-2 e 3-5 anni, che sono per definizione le fasce in cui i/le bambini/e sono meno visibili e più vulnerabili, mentre i/le bambini/e di età compresa tra i 6 e i 10 anni sono quasi il 31% e quasi il 26% quelli tra gli 11 e i 14 anni (Figure 9 e 10).

Classi di età	Valori assoluti			Valori % per classi età			Valori % per totale vittime violenza in carico		
	F	M	Totale	F	M	Totale	F	M	Totale
0-2	59	60	119	*49,6*	*50,4*	*100,0*	*2,7*	*2,7*	*5,4*
3-5	136	132	268	*50,7*	*49,3*	*100,0*	*6,2*	*6,0*	*12,1*
6-10	324	354	678	*47,8*	*52,2*	*100,0*	*14,7*	*16,0*	*30,7*
11-14	286	286	572	*50,0*	*50,0*	*100,0*	*13,0*	*13,0*	*25,9*
15-17	255	177	432	*59,0*	*41,0*	*100,0*	*11,6*	*8,0*	*19,6*
18-19	75	30	105	*71,4*	*28,6*	*100,0*	*3,4*	*1,4*	*4,8*
20 e più	26	6	32	*81,3*	*18,8*	*100,0*	*1,2*	*0,3*	*1,5*
Totale	**1.161**	**1.045**	**2.206**						
Val. %	***52,6***	***47,4***	*100,0*						

Figura 9. Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza
in carico al servizio sociale al 31.12.2018 per genere e classi di età.

I dati epidemiologici internazionali[37], al contrario sono concordi nell'attribuire la percentuale maggiore nella prima fascia di età, con percentuali decrescenti nelle successive: una delle interpretazioni di questo dato potrebbe essere quella di un intervento tardivo dei Servizi[38] (Figure 9 e 10).

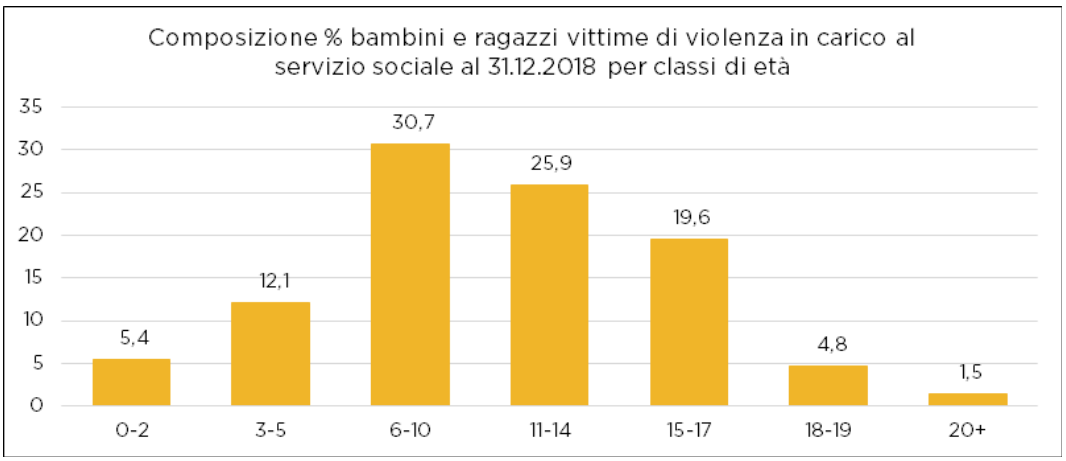


Figura 10. Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza
in carico al Servizio sociale al 31.12.2018 per classi di età.

La tipologia di violenza più diffusa è quella assistita, che riguarda quasi il 66% dei casi (Figura 11). Il maltrattamento fisico (quasi un caso su 3) e la violenza sessuale (in aumento con poco più di un caso ogni 6) sono anch'esse tipologie molto diffuse. Ogni soggetto di minore età può essere interessato da più tipi di violenza subita, che è la condizione più frequente.

[37] Resta un dato acquisito, e i dati della WHO del 2002 e del 2006 confermano che:
- stime globali sugli omicidi infantili suggeriscono che le fasce di età più basse sono quelle a massimo rischio;
- la fascia di età dei/delle bambini/e in età prescolare, in particolare la fascia 0–4 anni, presenta un rischio più che doppio rispetto alla fascia 5–14 anni;
- i/le bambini/e molto piccoli/e e in età prescolare sono a massimo rischio di maltrattamento più grave ad esito fatale a causa della loro dipendenza dalle persone adulte, della loro vulnerabilità e della relativa invisibilità sociale.

[38] Una analoga ipotesi è stata fatta per spiegare i risultati dell'Indagine nazionale sul maltrattamento in Italia: https://terredeshommes.it/dnload/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf

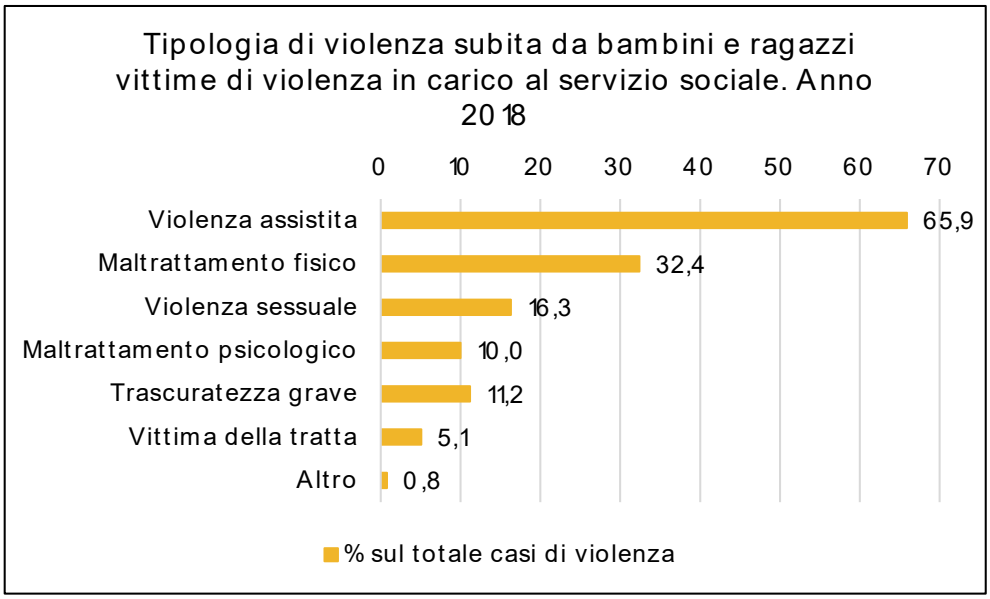


Figura 11. Tipologia di violenza subita da bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale sul totale delle violenze rilevate. Anno 2018.

In quasi 9 casi su 10 la violenza è intrafamiliare, ad opera di conviventi (Figura 12). Più raramente avviene al di fuori della famiglia (5,5%, la categoria può includere oltre agli sconosciuti, amici, conoscenti e altre figure che entrano in relazione con il/la minorenne) oppure si consuma in un contesto intrafamiliare ma non domestico (6,3% da parte di parenti non conviventi).

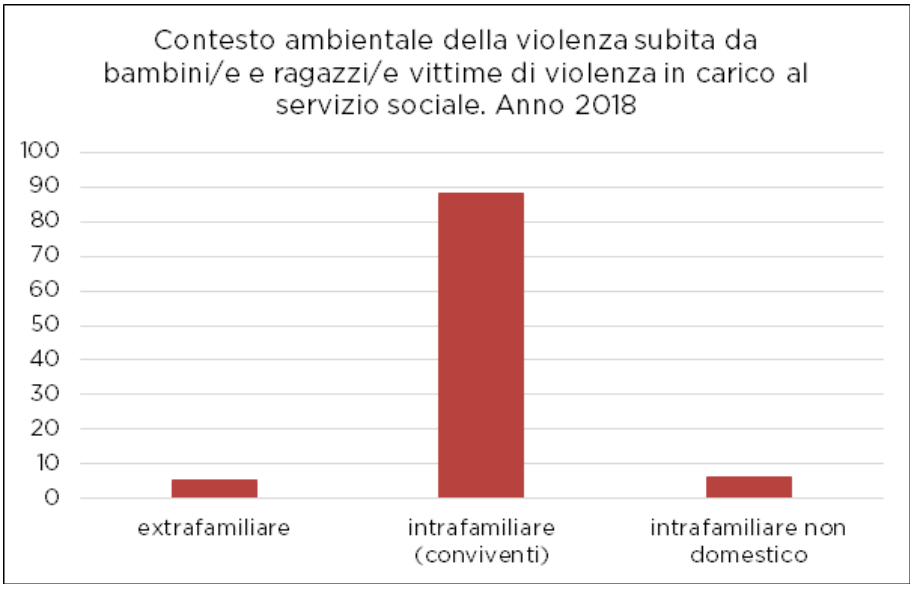


Figura 12. Contesto ambientale della violenza subita da bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale sul totale delle violenze rilevate. Anno 2018.

Le persone di minore età vittime di violenza in carico ai Servizi sociali della Regione Emilia-Romagna sono per il 39% con cittadinanza non italiana (Figura 13). Si tratta di una percentuale più che doppia rispetto a quella della presenza di "stranieri" sulla popolazione residente minorenne (le persone di minore età migranti residenti in Emilia-Romagna al 1° gennaio 2019 sono oltre 117mila e costituiscono il 16,6% del totale dei minorenni residenti[39]).

[39] Report stranieri residenti e dinamiche demografiche, anno 2019 https://sociale.regione.emilia-romagna.it/notizie/2019/ottobre/stranieri-residenti-in-emilia-romagna-il-nuovo-report-dell2019osservatorio-regionale

Cittadinanza	N. casi	Val %
Italiana	1.346	*61,0*
Non Italiana	860	*39,0*
Totale	**2.206**	*100,0*

Figura 13. Bambine/i e ragazze/i vittime di violenza in carico al Servizio sociale, per cittadinanza. Anno 2018.

Su questi dati in generale sono necessarie alcune riflessioni. La prima, evidente, è la forte disparità di prese in carico per maltrattamento e abuso tra i diversi territori provinciali, che presenta una forbice talmente ampia che non può essere determinata solo da diverse condizioni locali, né da eventi specifici, dal momento che la si ritrova sia nella contingenza (da 0,2 a 1,5 ogni 1.000 residenti minorenni per nuovi casi 2018) che nello storico (da 0,9 a 5,3 ogni 1.000 residenti minorenni per i complessivamente in carico) (Figura 7). Anche non escludendo che ci possano essere difformità metodologiche nella raccolta dei dati[40], si rileva la necessità sia di creare una maggiore standardizzazione a livello regionale nella definizione operativa (diagnostica) di abuso e maltrattamento, sia di escludere (e nel caso correggere) che ci possano essere sottovalutazioni sistematiche di questo fenomeno.

La seconda osservazione riguarda il fatto che, anche con riferimento ai territori con la più alta incidenza di prese in carico, la stessa è molto al di sotto delle stime epidemiologiche su base catamnestica avanzate sia dall'OMS a livello globale[41] e dei Paesi Occidentali, che dalla ricerca Terre des Hommes/CISMAI[42] relativa all'Italia.

Infine, sempre con riferimento ai dati epidemiologici citati, appare molto sottostimata la percentuale di bambini/e e ragazzi/e in carico per maltrattamento psicologico e per trascuratezza grave, due fattispecie che hanno facilmente esiti evolutivi molto negativi.

Una riflessione su tutto questo è importante per garantire un maggior rispetto dei diritti dei soggetti di minore età, una loro reale protezione da parte delle istituzioni pubbliche e per poter agire, con più efficacia, programmi di prevenzione secondaria e terziaria in questo ambito.

Raccomandazione: Si raccomanda l'istituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale e il consolidamento[43] del sistema informativo regionale.

1.4 Fattori di rischio e di protezione[44]

Per prevenire il maltrattamento sui soggetti in crescita è necessario implementare politiche e programmi di azione che prendano in considerazione i fattori di rischio ed i fattori di protezione. È sicuramente necessario avere Servizi socio sanitari diffusi, ben organizzati e adeguatamente coordinati fra di loro sul territorio, tuttavia di fronte a problematiche socio economiche di grande portata è indispensabile che vi siano anche interventi incisivi sulla realtà dei **macro e mesosistemi** (Figura 1). L'OMS a tale proposito raccomanda strategie di **intervento a livello di società e di comunità** (Figura 2), per attrezzare gli/le operatori/trici a individuare precocemente **fattori di rischio individuale e relazionale** che concernono i genitori o chi si prende cura dei/delle bambini/e e fattori di rischio relativi al/alla bambino/a.

Con il termine "**rischio"** si intende una situazione sfavorevole, caratterizzata dall'esistenza di uno squilibrio fra i fattori di svantaggio e le risorse disponibili al soggetto in crescita stesso, alla sua famiglia e al suo contesto sociale per superare le difficoltà, che possono provocare un danno nello sviluppo.

[40] In corso di realizzazione (2020) la semplificazione delle modalità di trasmissione dei dati e di razionalizzazione del set di dati richiesto attraverso l'acquisizione di un sistema gestionale regionale (Datawarehouse) che risponde alle specifiche esigenze ed è adeguato a rispondere al debito informativo regionale in maniera più tempestiva e con un maggior livello di attendibilità e completezza dei dati trasmessi. Le specifiche tecniche (funzionali e operative) del nuovo gestionale saranno oggetto di una circolare regionale che sarà inviata ai servizi sociali territoriali.

[41] https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/

[42] https://terredeshommes.it/dnload/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf

[43] Vedi nota 40

[44] Quaderno "*L'appropriatezza degli allontanamenti nelle famiglie maltrattanti*": il quaderno illustra la ricerca-azione che l'ufficio del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della regione Emilia-Romagna ha condotto con il Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia: https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/seminari-e-convegni/archivio-convegni-e-seminari/prevenire-il-maltrattamento
https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI_web.pdf/view

La valutazione del rischio e gli interventi di prevenzione del maltrattamento sono due azioni che vanno programmate all'interno dei Piani Sociali e Sanitari e attuate nei servizi di prossimità. Sono molte le esperienze internazionali riguardo l'utilizzo di strumenti di valutazione su popolazioni più o meno selezionate, in ambito domestico e/o in ambulatori di Servizi a bassa soglia, finalizzate all'introduzione di stili educativi, allo sviluppo di comportamenti positivi e alla valorizzazione dei fattori resilienti. Tra gli interventi maggiormente efficaci rivestono un ruolo di primo piano le visite domiciliari da parte di personale sociale o sanitario formato (Allegato 3). Tuttavia, non è ancora del tutto chiaro come si realizzi il risultato positivo e se (e quanto) questo si mantenga nel lungo periodo.

a. Fattori di rischio[45]

Molti e disparati fattori possono combinarsi perché un/una bambino/a sia maltrattato/a o trascurato/a[46]. Usando il modello ecologico come contesto per valutare il rischio, alcune caratteristiche (Tabella 1) del/della bambino/a, dei genitori e dell'ambiente possono mettere una/un bambina/o a rischio di maltrattamento, per esempio:

- **per il/la bambino/a** l'età[47] (più piccolo/a è il/la bambino/a e più alto è il rischio di un severo e fatale maltrattamento), difficoltà emozionali/comportamentali, le malattie croniche, le disabilità fisiche e dello sviluppo, la nascita pretermine, essere non voluti o non pianificati;
- **per i genitori** la bassa stima di sé, lo scarso controllo degli impulsi (aggressività, ostilità…), l'abuso di sostanze/alcol, la giovane età della madre o del padre, la depressione o altre malattie mentali (compresa la depressione paterna reattiva[48]), carenti interazioni delle madri o dei padri con i/le propri/e bambini/e, la scarsa conoscenza del loro sviluppo o aspettative non realistiche verso di loro, la concezione negativa del comportamento dei/delle propri/e bambini/e, la percezione negativa del loro normale sviluppo[49]. Questi fattori genitoriali possono rendere i/le bambini/e più vulnerabili a essere maltrattati/e. Inoltre sono generatori di rischio di maltrattamento fisico che si protrae nei primi anni successivi se presenti alla nascita.[50]
  La giovane età della madre o del padre[51] come fattore di rischio non deve essere utilizzata per etichettare giovani genitori come "potenziali abusanti", ma al contrario per sollecitare interventi di supporto e sostegno, per alleviare le eventuali maggiori difficoltà che questi genitori possono manifestare nel crescere i/le propri/e figli/e.
- quali **fattori ambientali**[52], l'isolamento sociale, ambiente familiare e sociale poco supportivo, relazioni coniugali insoddisfacenti o conflitti di coppia (aggressività fisica o verbale tra genitori) ed eventi di vita stressanti, la povertà e la disoccupazione, lo scarso livello educativo, presenza di più di un/a figlio/a da accudire, una casa con un genitore solo, uomini conviventi non biologicamente legati al/alla bambino/a, la violenza familiare. Spesso molti fattori coesistono e sono tra loro interrelati, aumentando così il rischio del maltrattamento.

L'importanza delle relazioni familiari è emersa anche in studi[53] in cui, indipendentemente dal tipo di violenza, le stesse **dinamiche familiari** sono considerate a rischio se caratterizzate ad esempio da mancanza di chiarezza nella definizione e gestione dei ruoli e da difficoltà nella comunicazione.

---

[45] Cirillo G., *La prevenzione del maltrattamento*, Quaderni acp 2011; 18(6): 245-249.
[46] Sullivan P.M., Knutson D., *Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study*, Child Abuse Negl 2000,24:1257-73.
[47] Wu S.S., Ma C.X., Carter R.L., *et al.*, *Risk factors for infant maltreatment, a population-based study*, Child Abuse Negl 2004;28;1253-64.
[48] Takehara K. *et al.*, *Study protocol for a randomized controlled trial to test the effectiveness of providing information on childbirth and postnatal period to partners of pregnant women*, BMJ Open 2016;6: e011919. doi:10.1136/bmjopen-2016-011919.
[49] Brofenbrenner U., *Ecology of the family as a context for human development: research perspective,* Dev Psychol 1986;22:723-42.
[50] Kotch J.B. *et al*.,(1999), *Predicting child maltratment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period*, Child Abuse & Neglect, 23, 4, 305-319
[51] Sidebotham P., Golding J. (2001) *The ALSPAC Study Team Child maltreatment in the "Children of the Nineties". A longitudinal study of parental risk factors*, Child Abuse & Neglect, 25, 1177-1200
[52] https://www.istitutodeglinnocenti.it/content/minori-identificati-i-fattori-di-rischio-di-abusi-e-maltrattamenti
Rapporto Italiano dello "*Studio Multi-Paese sui drivers della violenza all'infanzia*", condotto ricercatori dell'Istituto degli Innocenti, supervisione Unicef Office Research e Università di Edimburgo. Il Rapporto traccia un quadro sui principali drivers che conducono alla violenza nei confronti dei minorenni. Lo studio indaga gli elementi di carattere più strutturale, come la situazione economica, politica e culturale di una comunità, e i possibili fattori di rischio per la violenza nell'infanzia. L'analisi suddivide i fattori di rischio in più livelli: strutturale, inerente lo status socio-economico e le discriminazioni su base etnica; comunitario, collegato alle dinamiche sociali che ruotano attorno al/alla bambino/a e alla famiglia; individuale e interpersonale, in riferimento all'ambiente familiare e alle esperienze pregresse di abuso subito o assistito in famiglia. Diversi fattori interagiscono tra di loro creando situazioni più e meno a rischio.
[53] Paavilainen E. *et al.*, *Risk factors of child maltreatment within family: towards a knowledgeable base of family nursing*, International J.of Nursing Studies, 2001, 38, 297-303.

Di seguito sono riportati due esempi di maltrattamento e i corrispondenti fattori di rischio specifici (I e II).

I. Trauma cranico da abuso[54,55]

La causa più comune di morte per maltrattamento in età infantile nei Paesi industrializzati è rappresentata dal trauma cranico da abuso (*Abusive Head Trauma* - AHT). Rientra in questo quadro anche quella che in precedenza veniva denominata *Shaken Baby syndrome*, o sindrome del bambino scosso, una forma di trauma encefalico che si verifica quando la testa del/della bambino/a è sottoposta a rapide accelerazioni, decelerazioni e forze rotazionali, anche in assenza di traumi esterni. La maggior parte delle vittime ha meno di un anno, più frequentemente meno di sei mesi di vita.

Si riscontra più frequentemente in bambini di sesso maschile, prematuri, con ritardo mentale o disabilità fisica o psichica, sindrome di astinenza neonatale, a seguito di episodi di pianto inconsolabile.

Ricorrono più frequentemente nel maltrattante le seguenti caratteristiche: sesso maschile (padre biologico/adottivo/partner della madre), età adolescenziale dei genitori (<24 anni), depressione/sensazione di inadeguatezza, utilizzo di sostanze da abuso, bassa estrazione socioculturale, pregressi episodi di violenza, disturbi mentali, comportamento impulsivo.[56]

II. Bambino/a *neglect*[57]

Sebbene il *neglect* (trascuratezza) sia la forma più frequente di abuso, provochi gravi conseguenze allo sviluppo del/della bambino/a e sia la forma di maltrattamento che più frequentemente può causarne la morte, la sua frequenza e gravità tendono ad essere sottovalutate, e casi di *neglect* tendono a non essere riconosciuti, valutati e curati. Il/La pediatra ha un'alta probabilità di incontrare bambine/i vittime di trascuratezza nella propria pratica professionale, ed è importante che sia in grado di riconoscerli e di intervenire in modo appropriato.

Fattori di rischio del genitore: malattie fisiche o mentali, deficit cognitivi, abuso di sostanze.

Fattori di rischio della/del bambina/o: bambini/e piccoli/e, o nati/e prematuri/e o con basso peso alla nascita, bambine/i con problemi di salute complessi o con disabilità sono a maggior rischio di *neglect*.

Molti fattori a livello sociale possono compromettere la capacità dei genitori di fornire cure adeguate ai/alle loro figli/e. Primo fra tutti la povertà, che sembra essere fortemente associata al *neglect*, anche se la maggior parte dei/delle bambini/e di famiglie povere non sono trascurati e la trascuratezza può verificarsi anche in famiglie benestanti. La mancanza di risorse economiche può avere gravi conseguenze negative sulla capacità dei genitori di rispondere anche ai bisogni più elementari dei/delle figli/e, può compromettere ogni aspetto delle cure, dalla salute all'educazione e la capacità di fornire un adeguato controllo e supervisione (per esempio se i genitori hanno bisogno di lavorare, ma non possono pagare l'asilo nido); può compromettere l'alimentazione, le cure dentali, l'abbigliamento, la sicurezza (possono, per esempio, non avere denaro per l'acquisto dei seggiolini omologati per il trasporto in auto).

Occorre qui però precisare che non esiste un legame diretto tra povertà e maltrattamenti su persone di minore età, ma potrebbe esserci un fattore intermedio (ad esempio povertà => stress dei genitori => rischio maggiore di maltrattamenti) (Tabella I).

Quindi le conseguenze dei problemi indotti dalla precarietà rappresentano un vero fattore di rischio e questo è particolarmente evidente nelle famiglie povere. Tuttavia, anche se la letteratura più spesso menziona questo

[54] Cit. «Di fronte ad un pianto incontrollabile i genitori o altre figure educative colpite da sensazioni di rabbia, impotenza ed esasperazione, possono perdere il controllo e nel tentativo di far placare il pianto possono attivare inconsapevolmente dei comportamenti inappropriati, come scuotere violentemente il bambino. Nel 1946 John Caffey, radiologo pediatra, ha descritto per la prima volta le conseguenze dello scuotere con violenza un neonato, ma solo nel 1972 coniò il termine "*Shaken Baby Sindrome*" o "sindrome del bambino scosso". La Shaken Baby Sindrome (SBS) è una forma di maltrattamento fisico dovuto al violento scuotimento che causa movimenti improvvisi e incontrollati della testa e del collo del bambino piccolo che possono provocare lesioni cranio-encefaliche, e nei casi più estremi la morte; tale sindrome viene considerata la principale causa di morte nei bambini al di sotto di un anno di età. La SBS, generalmente, è una conseguenza dell'incapacità di gestire il pianto del bambino, principale strumento di comunicazione dei neonati e dei lattanti, ma anche fonte di forte stress per i genitori». http://www.psy.it/wp-content/uploads/2019/07/Maltrattamento-e-abuso-allinfanzia.-Indicazioni-e-raccomandazioni_luglio.pdf

[55] https://www.sip.it/2018/05/27/shaken-baby-syndrome-10-cose-sapere-per-salute-bambino/

[56] Niola M.*et al.*, *Abusive head trauma: aspetti clinici e medico-legali*, Quaderni acp www.quaderniacp.it 3 (2016).

[57] Berardi C., Paglino A., *Il bambino neglect: cosa deve sapere il pediatra*, Quaderni acp 4 (2017).

rischio come il più importante, i/le professionisti/e del settore trovano anche un'altra realtà che coesiste: il maltrattamento non ha confini sociali, specialmente in caso di abuso sessuale, abuso psicologico o fisico (ad esempio "bambino scosso") e abbandono, in particolare quando non sono intenzionali.

Bambino/a	Genitore	Famiglia	Comunità/Società
prematurità	genitore adolescente	violenza subita dal partner	quartiere violento / non sicuro
Coliche, bambino/a esigente-difficile	depressione, ansietà, altre condizioni di salute mentale problematica	genitore singolo	non disponibilità di assistenza per infanzia a prezzi accessibili
malattia cronica	abuso di sostanze	povertà	assenza di attività comunitarie, programmi per bambini/e
difficoltà emozionali/ relazionali	scarso controllo degli impulsi	disoccupazione	mancanza di sostegno governativo ai programmi di assistenza sociale
disabilità di sviluppo	storia di abuso o punizione severe da bambino/a	presenza di persona adulta convivente non biologicamente correlata	
disabilità fisica	mancanza di sostegno sociale		
bambino/a indesiderato/a	genitore singolo		
gestazione multipla	scarsa conoscenza del normale sviluppo e comportamento del/della bambino/a		
	stress grave		

Tabella I. Esempi di **fattori di rischio** di maltrattamento infantile secondo la prospettiva ecologica.

b. Fattori protettivi[58,59]

Per comprendere cosa renda gli individui capaci di un buon adattamento anche nelle condizioni più avverse è stato necessario introdurre i concetti di risorsa e di fattori protettivi che sono esattamente opposti a quelli di rischio poiché la loro presenza è predittiva di un buon adattamento.

[58] Cirillo G., *La prevenzione del maltrattamento*, Quaderni acp 2011; 18(6): 245-249.

[59] "*Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*" World Health Organization, 2006. La ricerca fatta dall'OMS sull'efficacia dei modelli indica che i programmi che hanno dato maggiori risultati in termini di prevenzione contenevano i seguenti elementi:

- particolare attenzione alle famiglie che presentano fragilità psico-sociali, alle madri adolescenti, sole e con reddito basso, e ai genitori con una storia di abuso di sostanze o con traumi pregressi legati alla violenza;
- famiglie con maggior bisogno di servizi e supporto nei casi di: bambini nati pretermine e con malattie croniche e disabilità.

Le azioni preventive possono avere carattere universale o sulle categorie a rischio.

La ricerca si è concentrata maggiormente sui fattori di resilienza, cioè, fattori che diminuiscono l'impatto del maltrattamento sulla vittima minorenne. **Fattori che sembrano facilitare la resilienza** includono:

- attaccamento stabile del minore ai membri adulti della famiglia
- alti livelli di attenzione da parte del padre durante l'infanzia
- il non avvicinarsi a pari che delinquono o che abusano di sostanze
- una relazione calorosa e di supporto con un genitore inoffensivo
- assenza di stress derivante da abusi subiti.

Ci sono poche informazioni circa i fattori che proteggono le famiglie ed i/le minorenni da nuovi casi di maltrattamento nell'infanzia. Alcuni studi hanno dimostrato come vivere in una comunità con una forte coesione sociale abbia un effetto di protezione e possa ridurre il rischio di violenza, anche quando altri fattori di rischio sono presenti.

Sulla base dell'attuale conoscenza relativa allo sviluppo nella prima infanzia, ai fattori di rischio per il maltrattamento, e all'evidenza relativa all'efficacia di certe strategie di prevenzione, è chiaro che unità familiari stabili possono essere una potente fonte di protezione per le persone di minore età. Una buona educazione dei/delle figli/e, un forte attaccamento tra genitori e minorenni, tecniche non corporali positive di disciplina, sono verosimilmente fattori di protezione. Questi elementi apparentemente protettivi dovrebbero essere incoraggiati, specialmente nelle comunità con livelli di coesione sociale bassi.

Con il termine "**risorsa**" si indicano gli aspetti concreti e materiali di cui dispongono gli individui, i "fattori protettivi" si riferiscono all'interazione, alla qualità dell'ambiente e delle persone con cui si interagisce o da cui provengono le cure (Tabella II).

Nella valutazione dei fattori di rischio per maltrattamento gli/le operatori/trici sociosanitari/e, e soprattutto i/le pediatri/e, possono identificare e considerare i fattori di forza delle famiglie, in quanto il maltrattamento si verifica quando i fattori di rischio sono più grandi di quelli protettivi e i fattori di stress eccedono i fattori di sostegno. Possono essere identificati fattori protettivi quali l'attaccamento tra i membri familiari, la conoscenza da parte dei genitori dello sviluppo di bambine/i, la resilienza emotiva dei genitori e il concreto supporto come cibo, vestiario, casa, trasporti e servizi. Sebbene la prevenzione oggi ricerchi l'interdipendenza di cause multiple del maltrattamento di bambine/i, molti interventi vengono focalizzati su particolari fattori di rischio. Si è notato che diversi fattori proteggono un/una bambino/a dal maltrattamento e aiutano i/le bambini/e ad avere resilienza rispetto agli effetti del maltrattamento. Usando lo stesso scenario ecologico, i fattori protettivi comprendono le caratteristiche del/della bambino/a e della famiglia e fattori di sostegno esterni alla famiglia.

I connotati caratteriali del/della bambino/a che possono essere protettivi sono, per esempio l'abilità cognitiva intorno alla media, il controllo di sé e l'auto resilienza; anche una forte e sicura relazione familiare rappresenta un elemento protettivo importante così come, a livello extrafamiliare, lo è l'accesso a Servizi sanitari, educativi e di welfare sociale.

Fattori protettivi: esempi
Il supporto sociale nel contesto in cui si vive
La *Self efficacy*, cioè la convinzione di un individuo nella sua capacità di riuscire
La capacità dei genitori di identificare e assicurarsi risorse e servizi utili del territorio
Il senso di competenza di un genitore nell'educazione dei/delle figli/e
Bambine/i che hanno una persona adulta di supporto nella loro vita
Bambini con elevata intelligenza, autostima / autoefficacia, coinvolti in attività extrascolastiche o istituzioni religiose

Tabella II. Esempi di **fattori protettivi** nei confronti del maltrattamento infantile.

Nota del gruppo redazionale

La valutazione contemporanea dei fattori di rischio e dei fattori di protezione è soggetta a quel fenomeno dis-percettivo noto come "inversione figura-sfondo", dove in primo piano finiscono sempre i primi, anche a causa della necessità evolutiva che gli esseri umani hanno (fin dall'avvento dell'homo sapiens) di essere più consapevoli dei pericoli che dei "piaceri". A questo proposito, il gruppo di scrittura del quaderno cita l'articolo di Wilkins D. (2015)[60]: l'articolo riporta una ricerca qualitativa condotta con assistenti sociali e responsabili di Servizio sociale nel Regno Unito (18 in tutto) sulle modalità con le quali gli stessi trattano le segnalazioni di possibile rischio per abuso e maltrattamento a carico di minorenni, per prendere decisioni operative. La ricerca è stata condotta attraverso la presentazione e discussione di alcune storie poste sotto forma di segnalazione.

Secondo Wilkins, lo studio mostra che avere più tempo a disposizione permette agli/alle operatori/trici di essere più riflessivi e analitici, ma non influisce sulla loro capacità da un lato di distinguere tra fattori protettivi (dell'ambiente) e fattori di resilienza (degli individui e dei nuclei), e dall'altro di correlare entrambi con i fattori di rischio, al fine di prendere adeguate e tempestive misure di protezione; in particolare, gli/le operatori/trici mostrano difficoltà ad andare oltre l'evento e a interrogarsi a sufficienza sulle caratteristiche della persona di minore età e sulla storia della famiglia, anche solo a partire dai pochi dettagli a disposizione nella segnalazione. L'autore rimarca anche il fatto che, mentre per i fattori di rischio sono disponibili molti strumenti, per lo screening e la valutazione, per i fattori di protezione molto meno.

[60] Wilkins D., *Risk and Protective Factors: How Do Social Workers and Social Work Managers Analyse Referrals that May Indicate Children Are at Risk of Significant Harm*, British Journal of Social Work, 45, 395-411, 2015.

In generale, e contrariamente ad altre precedenti ricerche, Wilkins trova che gli/le operatori/trici siano piuttosto preparati ad analizzare i fattori di rischio e conoscano la letteratura (e gli strumenti) sull'argomento, ma lo siano molto meno nella valutazione dei fattori di protezione (nel contesto) e nei fattori di resilienza (nell'individuo), che spesso confondono e su cui posseggono pochi strumenti di valutazione e analisi. Sui fattori di protezione/resilienza, la discussione tra gli/le operatori/trici risulta più sterile e molto minore è la capacità di inferire elementi aggiuntivi (o fare ipotesi) dall'analisi della segnalazione. Di conseguenza, è limitata la capacità di predire quanto i fattori di protezione/resilienza siano in grado di rendere minore il rischio: questa difficoltà può condurre a scelte inopportune circa la ricerca di ulteriori informazioni disponibili e la tempistica/appropriatezza dell'intervento protettivo immediatamente messo in atto.

Rispetto alla fonte di possibili ulteriori informazioni, chi partecipa tende ad indicare principalmente chi segnala (che, di suo, se segnala, avrà messo l'accento sui fattori di rischio e sarà ciò che continuerà a fare), piuttosto che il ricorso ad altre fonti. In ogni caso, avere una strategia conoscitiva ulteriore permette agli/alle operatori/trici di essere meno preoccupati, quindi meno a rischio di commettere errori.

Il gruppo redazionale trova questa analisi piuttosto corretta; anche guardando l'esempio di scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio (Allegato 4), si vede che gli item relativi al rischio, oltre che più abbondanti, sono molto più definiti e concreti, rispetto ai fattori protettivi, molto generici e non contestuali (possono valere per la nostra regione come per altri territori/Stati).

A parere delle autrici e degli autori del presente quaderno quindi, a parte la valutazione delle caratteristiche di resilienza (che, comunque, richiede tempo), la possibilità di attivare "tempestivamente" reti sociali di protezione (per rompere il ciclo della solitudine) e di facilitare/valorizzare "tempestivamente" l'accesso alla rete dei Servizi "di tutti/e" (secondo l'età), sono di per sé stessi fattori di protezione contestuale importanti per le nostre comunità.

1.4.1 Stili educativi

Per promuovere stili educativi positivi e una buona relazione famigliare, *Save the Children* nel 2012 ha pubblicato una guida pratica che fornisce indicazioni su come costruire un buon rapporto genitori - figli[61].

In premessa alla guida sono riportati i diritti dell'infanzia e adolescenza secondo quanto sancito nella Convenzione sui diritti dell'infanzia e adolescenza adottata dalle Nazioni unite nel 1989, che ribadisce come i/le bambini/e siano esseri umani a pieno titolo, che hanno diritto ad essere protetti da ogni violenza, che hanno diritto ad esprimere la propria opinione, che hanno diritto alla propria dignità. A questo conseguono gli obiettivi della guida, con la finalità di promuovere un approccio genitoriale non violento, volto alla individuazione di soluzioni ai problemi, rispettoso dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, e basato sui principi del loro sviluppo. Tutto ciò supportato dalle evidenze scientifiche, che dimostrano come le punizioni fisiche o degradanti indeboliscano il legame fra genitori e figli/e, generino sentimenti di rancore nei confronti dei genitori, compromettano lo sviluppo emotivo e possano procurare lesioni fisiche.

A tal fine, i principi su cui costruire una buona genitorialità sono:

1. Individuare obiettivi a lungo termine. Questo comporta pensare a come vorremmo che fosse da adulto nostro/a figlio/a: per esempio onesto, sicuro di sé, educato/a, empatico/a, responsabile e non violento/a; e significa comportarci per primi secondo questi principi. Reagire come genitori in modo aggressivo e violento agli stress del breve periodo (urlare, minacciare, schiaffeggiare, afferrare con forza) danneggia l'autostima del/della bambino/a e compromette i rapporti reciproci.
2. Far sentire il proprio affetto, sia in termini di protezione fisica che emotiva, e fornire punti di riferimento, anche quando nostro/a figlio/a sbaglia. Sostenerlo/a e incoraggiarlo/a lo/a aiuterà ad imparare dai propri errori e ad affrontare situazioni difficili in m modo positivo.
3. Comprendere cosa pensano e cosa provano i/le bambini/e nelle diverse situazioni; per riuscire a fare questo è necessario conoscere le tappe di sviluppo, in modo tale da commisurare le aspettative alle loro reali capacità. Saper riconoscere il significato del pianto, o delle fasi oppositive, o della ricerca di indipendenza, è fondamentale per mettere in atto risposte e comportamenti adeguati e incoraggianti.
4. Assumere un approccio teso alla risoluzione dei problemi invece che alle punizioni. Il compito dei genitori è quello di sostenere e guidare i/le propri/e figli/e nel corso del loro processo evolutivo.

[61] Save the Children: "Guida pratica alla genitorialità positiva. Come costruire un buon rapporto genitori – figli": https://www.savethechildren.it/cosa-facciamo/pubblicazioni/guida-pratica-alla-genitorialit%C3%A0-positiva

All'interno della guida sono contenuti alcuni esercizi per i genitori che in modo molto chiaro ed efficace, con esempi centrati sul proprio comportamento di fronte a situazioni di stress, li guidano nella comprensione dei contenuti.

A questo proposito nel 2017 Durrant, J. et al.[62] descrivono l'esperienza condotta con lo **strumento PDEP** (*Positive Discipline in Everyday Parenting)** su 525 genitori arruolati per il programma, residenti in 13 Paesi suddivisi rispetto al grado IHDI (Inequality-Adjusted Human Development Indices) di sviluppo (alto medio basso: aspettativa di vita, scolarità, stato economico del Paese) e all'interno del Paese per distribuzione di equità.

Il programma infatti prevede di promuovere uno stile educativo incoraggiante e propositivo: incoraggiare ad imparare anziché chiedere di ubbidire, essere genitori sensibili anziché intrusivi, promuovere l'indipendenza anziché esercitare il controllo. L'obiettivo dell'intervento educativo sui genitori era la prevenzione o la riduzione del maltrattamento. La modalità di intervento era su gruppi di 5-20 persone condotti da facilitatori/trici esperti/e di PDEP; l'intervento consisteva di 8 incontri di 2 ore più un *follow up* a 2-3 settimane.

La valutazione è stata fatta sulla soddisfazione e sulla percezione di impatto dei genitori. Il gruppo ad alto sviluppo era più spesso rappresentato da donne, di età più avanzata, più istruite, con meno figli/e, e che ha giudicato il programma poco efficace. Molto soddisfatto invece il gruppo a basso sviluppo, che ha giudicato l'intervento utile alla miglior comprensione dello sviluppo e del rapporto dei/delle figli/e, migliore comunicazione con loro, miglior controllo della rabbia e rafforzamento dei legami, mentre la percezione di maggior impatto era nel gruppo a medio sviluppo.

Gli Autori che hanno condotto questo programma sottolineano l'importanza di promuovere stili educativi corretti già all'**inizio** della esperienza genitoriale.

All'Allegato 4 è riportato un esempio di scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio in cui sono presentati i fattori di rischio e quelli protettivi da rilevare/segnalare/analizzare.

Appare importante quindi dotarsi di un **modello interpretativo** che consenta di non sottovalutare né gli eventuali elementi familiari che mettono a rischio il bambino né le potenzialità e le risorse su cui far leva per contrastare o ridurre l'impatto dei fattori negativi. Si tratta quindi di acquisire un punto di vista più attento all'influenza dei fattori di protezione.

1.4.2 Identificazione delle famiglie a rischio o protettive

Uno screening universale (es. screening di tutte le famiglie) nella pratica delle cure primarie è raccomandato, anche se probabilmente poco praticabile, perché elimina lo stigma di screening delle famiglie selezionate, e riduce la probabilità di perdere le famiglie a rischio.

Tra gli strumenti di screening che identificano molteplici **fattori di rischio** di maltrattamento vi sono:

- Lo **SPARK** (*Structured Problem Analysis of Raising Kids* - questionario strutturato sull'analisi dei problemi di bambini in crescita)[63] identifica i fattori che possono aumentare il rischio di maltrattamento della/del bambina/o come la salute, lo sviluppo e il comportamento dei/delle bambini/e, l'approccio genitoriale, contatti sociali e supporto informale, ambiente familiare e comunitario.
- Un altro modello che incorpora un questionario per lo screening dei **fattori multirischio** è il *Safe Environment for Every Kid* **(SEEK)**[64] (Allegato 5). Il *Parent Screening Questionnaire* (**PSQ**), un componente di SEEK, è un documento a pagina singola che richiede informazioni su molteplici fattori di rischio di maltrattamento, compresa la depressione dei genitori, l'abuso di sostanze, il sostegno sociale, la violenza del partner intimo (IPV), grave stress genitoriale e insicurezza alimentare.

[62] Durrant J. *et al.*, *Parents' views of the relevance of a violence prevention program in high, medium, and low human development contexts*, International Journal of Behavioral Development (2017).

[63] Staal IIE, vandenBrink HAG, Hermanns JMA, et al. Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: development and feasibility of a structured interview. Child: care, health and development. 2011;37:503–51; Staal IIE, Hermanns JMA, Schrijvers JP, et al. Risk assessment of parents' concerns at 18 months in preventive child health care predicted child abuse and neglect. Child Abuse Negl. 2013;37:475–484. In Lane WG Prevention of Child maltreatment, in Child maltreatment, Pediatr Clin North Am. 2014, oct.61(5):873-888 Dubowitz H, Lewenthal JM Ed. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2014.06.002.

[64] Dubowitz H., *The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety*, Child Abuse & Neglect 38 (2014) 1725–1733.

1.5 Approfondimenti su alcune forme di maltrattamento ed abuso

Classificare le varie forme di maltrattamento all'infanzia (Montecchi, 2002[65]; WHO 1999[66], 2006[67]; SINPIA, 2007[68]) è utile per fini esemplificativi, ma è opportuno ribadire che il soggetto di minore età è più frequentemente vittima di "costellazioni" maltrattanti multiformi.

Il gruppo redazionale del presente quaderno si rifà alla classificazione sotto riportata e già seguita nelle stesse Linee di indirizzo regionali[69]. Vengono però ripresi di seguito approfondimenti su alcune forme di violenza di cui, rispetto allo stesso documento sono intervenute novità di rilievo o che si intende illustrare ulteriormente o riprendere a seguito dell'analisi bibliografica svolta o degli sviluppi dei progetti regionali dedicati alla tematica.

Il maltrattamento/abuso può esprimersi in:

- maltrattamento fisico (comprese le mutilazioni genitali femminili);
- maltrattamento psicologico;
- violenza assistita;
- abuso sessuale;
- abuso on line;
- patologia delle cure (incuria/trascuratezza grave, discuria, ipercura);

e inoltre:

- bullismo e cyberbullismo.

1.5.1 Violenza assistita

Per violenza assistita s'intende il fare esperienza, da parte del/della bambino/a, di qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte e minori, compresi gli animali domestici. S'include l'assistere alle violenze messe in atto da coetanei/e su persone di minore età o su altri membri della famiglia, gli abbandoni e i maltrattamenti ai danni di animali domestici. Il/La bambino/a può fare esperienza di tali atti direttamente (quando avvengono nel suo campo percettivo) oppure indirettamente quando ne è a conoscenza o ne percepisce gli effetti (CISMAI, 2003)[70]. La violenza assistita rappresenta un fattore di rischio altamente predittivo per le altre forme di maltrattamento. Nelle situazioni più gravi, le madri e i/le figli/e possono venire uccisi, anche per la tendenza del fenomeno a prefigurarsi come un'*escalation* in termini di danno prodotto e pericolosità (Bertotti, 2005) [71]. È necessario distinguere le situazioni di "conflitto genitoriale" dalle condizioni di violenza di un/una partner sull'altro/a (CISMAI, 2005)[72]. Le prime riguardano i litigi tra familiari e le separazioni conflittuali, nelle quali possono essere coinvolte le persone di minore età. Il conflitto si sviluppa in una situazione di parità tra i partner in termini di possibilità di vittoria, negoziazione, confronto e senza la paura per la propria incolumità. La violenza di un/una partner sull'altro/a implica, al contrario, una evidente disparità di potere.

Come segnalazione la violenza assistita rappresenta la punta dell'iceberg: in Italia solo al termine degli anni Novanta la violenza assistita ha trovato un suo riconoscimento sociale grazie al lavoro svolto dai centri antiviolenza[73]. Un'indagine del Cismai e *Terres des Hommes* del 2012[74] ha messo in evidenza che la violenza assistita è una forma di maltrattamento anche nei confronti dell'infanzia e dell'adolescenza e costituisce la seconda forma in Italia di violenza più diffusa tra quelle registrate (19,4%): circa 1 bambino/a su 5 fra quelli altrattati/e è testimone di violenza domestica intrafamiliare[75].

---

[65] Montecchi F., (2002), *Maltrattamenti e abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce,* Milano, Franco Angeli Ed.
[66] World Health Organisation (1999) *World report on violence and health.*
[67] Vedi nota 32
[68] https://www.sinpia.eu/linee-guida/linee-guida-anno-2007/
[69] Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso, DGR 1677/2013, Regione Emilia-Romagna.
[70] https://cismai.it/iii-congresso-cismai-bambini-che-assistono-alla-violenza-domestica/
[71] Bertotti T., Bianchi D. (2005) *La rilevazione della violenza assistita nei servizi sociali territoriali pubblici e privati*, in Luberti, Pedrocco Biancardi, (2005) "La violenza assistita intrafamigliare", Franco Angeli Ed.
[72] "Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri", www.cismai.org., 2005 https://cismai.it/requisiti-minimi-degli-interventi-nei-casi-di-violenza-assistita/
[73] "Documento sui requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita", CISMAI 2005.
[74] "Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia" https://terredeshommes.it/dnload/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf
[75] Nel 2016 Save the Children, a partire dai dati diffusi dall'ISTAT nel 2015, ha stimato che in Italia circa 427.000 minorenni nel solo

È stato prima detto che il/la bambino/a può farne esperienza diretta, indiretta (cioè essere a conoscenza della violenza) e/o percepirne gli effetti. Il potenziale patogeno della violenza assistita è pari a quello della violenza subìta[76,77] ed è uno dei fattori di rischio per la trasmissione transgenerazionale della violenza: spesso i bambini, che assistono a episodi di maltrattamento nell'ambiente domestico, diventano a loro volta violenti a scuola e/o con i/le bambini/e più deboli. Hanno spesso problemi di socializzazione che possono virare da un comportamento inibito/ritirato a esplosioni di rabbia. Alla base di queste condotte c'è un doloroso vissuto di impotenza, per l'impossibilità di avere una casa "sicura", che corrisponde anche a uno spazio interno e relazionale sicuro.

La rilevazione. Spesso la scuola e i/le pediatri/e sono i primi a cogliere i segnali di disagio. Per questo motivo i progetti e gli interventi educativi sulla violenza assistita devono essere rivolti anche ai/alle formatori/trici e ai sanitari che potrebbero venire in contatto con queste realtà. La vittima della violenza (spesso la mamma) a cui assiste la/il bambina/o presenta frequentemente tratti di dipendenza, aspetti di minimizzazione e di collusione: affinché l'intervento sia efficace è fondamentale tenere in considerazione il fatto che la dinamica familiare "patologica" interessa sia la vittima che il carnefice. Deve essere quindi implementato un sistema di rilevazione della presenza di minorenni conviventi con madri vittime di violenza, a prescindere dal tipo di reato contestato all'autore della violenza, per poter migliorare l'analisi del fenomeno. È auspicabile infine il rafforzamento del sistema di coordinamento tra Enti locali, Servizi sanitari, Servizi sociali, centri antiviolenza e soggetti del Terzo settore attivi nel campo della protezione dei soggetti di minore età[78].

La protezione. Deve caratterizzarsi per tempestività, efficacia e durata. Interventi scorretti e non coordinati possono essere peggiorativi della situazione, soprattutto se non si può contare sulla continuità dell'intervento stesso. In questi casi vale il principio "*primum non nocere*". È necessario individuare un meccanismo di comunicazione che tenga salvo il segreto istruttorio relativo alle indagini per presunti reati relativi alla violenza domestica, quando siano coinvolti direttamente o indirettamente figli/e minorenni, per poter attivare senza ritardi l'interlocuzione tra la Procura Ordinaria e il Tribunale per i Minorenni. Quest'ultimo deve poter emanare dei provvedimenti di protezione d'urgenza a favore del/della figlio/a minore, anche quando è in corso presso il Tribunale Ordinario un procedimento di separazione dei genitori che verta anche sull'affidamento delle/dei figlie/i, atti a consentire l'avvio di una presa in carico volta al recupero dei danni subiti a causa della violenza domestica (autorizzazione al cambiamento della scuola, all'attivazione di percorsi terapeutici, ad eventuali viaggi all'estero, ...).

La valutazione. Deve essere multiprofessionale, e prevedere un intervento sull'intero nucleo[79]. Ostacoli all'intervento: la sottovalutazione della diffusione del fenomeno, della sua pericolosità e del rischio di *escalation* verso altre forme di violenza.

Le conseguenze. Possono essere varie, talvolta sovrapponibili ai sintomi del *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), e al pari delle altre forme di abuso e maltrattamento coinvolgono anche lo sviluppo fisico e cognitivo del/della bambino/a (Tabelle IV-VI). Alcuni autori[80, 81] hanno rilevato che i/le bambini/e piccoli/e esposti/e a violenza domestica manifestano spesso eccessiva irritabilità, paura, introversione, e, in età scolare, si possono manifestare problemi sia internalizzanti che esternalizzanti, oltre a difficoltà scolastiche e di apprendimento.

1.5.2 Violenza domestica in gravidanza

La *Convenzione di Istanbul* del 2011[82] indica con il termine di **violenza domestica** "tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o

nell'arco temporale 2009-2014 hanno vissuto la violenza dentro casa. Per la stima sono state prese in considerazione solo le donne con figli dai 30 ai 54 anni (che presumibilmente avevano figli minorenni all'epoca delle violenze, considerando anche l'età media al primo figlio in Italia), che hanno subito violenza nel corso dell'ultimo anno o nel corso degli ultimi 5 anni. La stima dei figli minorenni è stata poi calcolata sul numero medio di figli per donna. Da "Abbattiamo il muro del silenzio" https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier_1.pdf

[76] WeWorld "Gli italiani e la violenza assistita: questa sconosciuta": https://www.weworld.it/pubblicazioni/2017/Brief-Report-4-2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf

[77] Martinetti M.G., Stefanini M.C., (2012) *Approccio evolutivo alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*. Seid Editori.

[78] Abbattiamo il muro del silenzio. Bambini che assistono alla violenza domestica. Dossier di Save the Children Italia Onlus, Giugno 2018 https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/abbattiamo-il-muro-del-silenzio-il-dossier_1.pdf

[79] Mazzucchelli F. (2011), *Il sostegno alla genitorialità. Professionalità diverse in particolari situazioni familiari*, Ed. Franco Angeli.

[80] Osofsky J.D. (1999), *The impact of violence on children*, in The Future of Children, Domestic Violence and Children, 9(3):33-49.

[81] James M. (1994), *Domestic Violence as a form of child abuse: identification and prevention,* NCPC Issues no.2, Australian Institute of Family Studies.

[82] https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h2_h22

tra attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima". L'elemento centrale della violenza domestica è un modello costante di comportamento finalizzato al controllo da parte del partner che lo applica attraverso una condotta violenta e minacciosa. Nella maggior parte dei casi, tale comportamento è parte di una serie di tattiche per esercitare potere e controllo sulle donne e sui/sulle loro bambini/e.

Esiste anche un maltrattamento che riguarda la socialità che si manifesta con l'isolamento sistematico della donna dalla famiglia e dalle amicizie, la richiesta di trasferimento in luoghi in cui lei non conosce nessuno e il vietarle o impedirle fisicamente di uscire e di incontrare altre persone.

Rispetto alla violenza domestica, la **gravidanza** può essere un fattore protettivo o al contrario diventare un fattore di rischio e ciò contribuisce a ridimensionare la percezione comune che ritiene magica questa fase della vita per tutte le donne. Studi affermano che se la violenza può riguardare le donne di ogni età, il maltrattamento risulta essere prevalente in età riproduttiva[83] e i rischi di violenza domestica risultano essere più elevati in stato di gravidanza e nel periodo dopo la nascita[84,85]. L'OMS in particolare, ha evidenziato come nel mondo la violenza in gravidanza, agita dal partner, manifesti una prevalenza compresa tra il 4% e il 12%[86].

La letteratura richiama **alcuni fattori di rischio** che più frequentemente risultano **correlati a situazioni di violenza in gravidanza**; per esempio una precedente storia di violenza, una gravidanza non desiderata, la giovane età della donna, la presenza di malattie a trasmissione sessuale, una situazione di isolamento sociale, l'assenza di una rete familiare e sociale, l'uso di sostanze, alcol, farmaci da parte della donna o del partner, la presenza di una patologia psichiatrica della donna o del partner.

Esistono alcuni comportamenti o situazioni che la letteratura internazionale indica come meritevoli di attenzione, quando una donna è in **gravidanza** e che, associati ad altri fattori, possono essere dei campanelli di allarme rispetto a possibili situazioni di violenza, in particolare: un accesso iniziale tardivo al servizio; frequenti cambiamenti nella sequenza degli appuntamenti concordati; accessi ripetuti al servizio per motivi non obiettivabili e vaghi; abuso di alcol, farmaci, sostanza stupefacenti; una situazione di disagio mentale; una gestione inadeguata o un'evidenza di scompenso di malattie croniche preesistenti; lesioni visibili o nascoste di accessori come occhiali o sciarpe; presenza di lividi con stadi diversi di guarigione; descrizione del partner come una persona con un carattere e dei comportamenti che potrebbero celare una situazione di violenza.

Va posta attenzione anche ai **comportamenti del compagno** perché potrebbero connotarsi come potenziali indicatori di una possibile situazione di violenza. Tra questi comportamenti si segnalano: il presentarsi come un accompagnatore invadente o che non vuole mai lasciare da sola la donna durante le visite, che risponde sempre al posto della donna, che cancella consecutivamente due o più appuntamenti, che si manifesta minaccioso nei suoi confronti, sia negli sguardi che nella comunicazione verbale, che fa abuso di alcol, farmaci e sostanze stupefacenti, che evidenzia una situazione di disagio mentale.

1.5.3 Violenza tra pari

a) Bullismo[87]

Per bullismo si intende una forma di prevaricazione, di oppressione psicologica o fisica, agita da un singolo o da un gruppo, che viene esercitata in maniera continuativa. Le aggressioni e i soprusi vengono imposti ripetutamente a soggetti particolarmente deboli e incapaci difendersi e di chiedere aiuto, fino a procurare in loro soggezione e sofferenza psicologica. Il bullismo si differenzia dai normali litigi tra adolescenti poiché assume il carattere di persecutorietà.

L'atto di bullismo non coinvolge solo il/la bullo/a e la vittima, ma ci sono diversi ruoli (Tabella III).

[83] Devi S. (2012), *US guidelines for domestic violence screening spark debate*, The Lancet, 379:506.
[84] Gazmararian J. *et al.* (1996), *Prevalence of violence against pregnant women*, Journal of the American Medical Association, 275: 1915-20.
[85] Taft A. (2002), *Violence against women in pregnancy and after childbirth,* Australian Domestic and Family Violence, Clearinghouse, University of New South Wales, Sydney.
[86] WHO (2011), *Intimate partner violence during pregnancy*. Information sheet.
[87] Arcari A., Provantini K., (2019), *Bullismo*, Collana "I movimenti e le idee", Editrice Bibliografica.

Ruolo	Azione
Il/La "bullo/a dominante", il/la "persecutore/trice"	Dà l'avvio all'atto di bullismo
Gli aiutanti del/della bullo/a	Partecipano all'azione aggressiva con ruoli secondari
Chi sostiene il/la bullo/a	Rinforzano l'azione aggressiva (ridendo, incitando o stando a guardare)
La vittima	Subisce l'aggressione incapace di reagire e di difendersi
Chi difende la vittima	Prende le sue difese consolandola o cercando di interrompere l'aggressione
La maggioranza silenziosa	Rimane passiva cercando di non farsi coinvolgere da quanto accade

Tabella III. Ruoli e azioni nel bullismo.

Nel/nella bambino/a l'espressione dell'aggressività, componente necessaria del comportamento, fisiologicamente consente varie funzioni, ma solo se usata costruttivamente (esplorare facendo danni, distruggere per ricostruire, il piacere di fare pace): il/la bambino/a deve fare esperienza che la sua aggressività e l'amore di cui ha bisogno possono coesistere. In un percorso di crescita equilibrato bisogna imparare a "immaginare" un'aggressione senza doverla mettere necessariamente in atto, dare appagamento nella fantasia al nostro desiderio di distruggere senza fare danni reali, si impara che gli istinti possono essere anche trattenuti e non solo agiti impulsivamente. Una sana aggressività è correlata alla possibilità di sentirsi vivi e reali, e quando questo passaggio è impossibilitato l'aggressività diventa rabbia. La rabbia può rimanere chiusa dentro la/il ragazza/o e diventare depressione e ritiro sociale o essere scaricata all'esterno tramite comportamenti antisociali.

Posto che l'aggressività in adolescenza sempre più spesso si correla a insoddisfazione e disagio emotivo, si può constatare che bullo/a e bullizzato/a hanno entrambi un problema con l'aggressività:

- il/la bullo/a non la sa gestire e la butta all'esterno, sembra potersi esprimere solo attraverso esplosioni di rabbia;
- la vittima non tollera di sentirla dentro di sé, perché lo/a fa sentire cattivo/a, e quindi non la esprime per niente, appare trattenuta a stento da chi non riesce a reagire di fronte ad un atto di prepotenza, rendendosi inconsapevolmente di nuovo disponibile ad essere perseguitato/a.

I maschi esprimono l'aggressività prevalentemente attraverso la prevaricazione fisica sull'altro.

Le femmine tendono a prevaricare nelle reazioni rendendo meno visibile il comportamento, tanto da indurre a pensare che l'isolamento della vittima sia semplicemente dovuto alla timidezza.

Caratteristiche: intenzionalità, nel senso che il comportamento aggressivo del/della bullo/a è compiuto per il solo bisogno di prevaricare, senza un fine logico, e **sistematicità**, perché è un fenomeno che si verifica tutte le volte che vittima e persecutore/trice vengono in contatto.

La famiglia: tra genitori e figli/e si osserva spesso un "difetto della comunicazione affettiva", nel senso che i genitori tendono a mancare per motivi diversi nel loro ruolo di rispecchiamento emotivo, dando vita ad una primaria forma di "prevaricazione" che coinvolge tutti i/le bambini/e, sia vittime che bulli/e.

I ragazzi e le ragazze appaiono incapaci di esprimere a parole le tensioni emotive a cui da soli non riescono a dare un significato; in alcuni casi, non riuscendo a comprendere ciò che si prova, ci si "dissocia" dalle emozioni, non le si riconosce: i/le bulli/e da ciò che fanno e le vittime da ciò che subiscono.

La tensione legata alle emozioni può divenire rabbia, e se trattenuta predisporrà il bambino/ragazzo a divenire **vittima**, al contrario se esternalizzata si trasformerà in precoci forme di prevaricazione caratteristiche del/della **bullo/a**.

Forme di bullismo: **diretto**, quando si manifesta con attacchi sia fisici sia verbali nei confronti della vittima; **indiretto**, quando si consuma più sul piano psicologico, ad esempio, con l'isolamento sociale ed intenzionale di una persona di minore età dal gruppo; **elettronico** o **cyberbullismo**, quando dal piano reale si sposta su quello digitale, con la diffusione di sms, mail, video, immagini, audio che sono offensivi o non rispettosi della riservatezza e della dignità altrui.

b) Cyberbullismo[88]

L'art.1 della legge n. 71 del 29/5/2017[89] definisce il cyberbullismo "*qualunque forma di pressione, aggressione, molestia, ricatto, ingiuria, denigrazione, diffamazione, furto d'identità, alterazione, acquisizione illecita, manipolazione, trattamento illecito di dati personali in danno di minorenni, realizzata per via telematica, nonché la diffusione di contenuti on line aventi ad oggetto anche uno o più componenti della famiglia del minore il cui scopo intenzionale e predominante sia quello di isolare un minore o un gruppo di minori ponendo in atto un serio abuso, un attacco dannoso, o la loro messa in ridicolo*".

Nel cyberbullismo è particolarmente evidente il *continuum* tra aggressore e vittima: gli autori di cyberbullismo sono prevalentemente maschi[90] che vanno malvolentieri a scuola, escono di rado, non fanno attività sportiva e trascorrono la maggior parte del loro tempo giocando online. Esprimono manifestazioni crescenti di ritiro dalle relazioni poiché spesso a loro volta soccombono di fronte a esperienze di umiliazione e vergogna, amplificata da quell'enorme visibilità che caratterizza le relazioni dei nativi digitali. Hanno, come già detto, una specifica difficoltà ad usare l'aggressività in maniera costruttiva.

Ciò peggiora il quadro che si delinea se si considera che spesso l'aggressività online è esponenziale perché manca la presenza fisica dell'altro, che pone dei limiti alla manifestazione di istinti e comportamenti: l'assenza del corpo nelle relazioni digitali favorisce comportamenti disinibiti, incrementando l'aggressività e la sessualizzazione dei rapporti. Più in dettaglio, una caratteristica essenziale del cyberbullismo ruota attorno al disimpegno morale e alla totale mancanza di empatia che solitamente caratterizzano il/la bullo/a online.

Il/la cyberbullo/a può agire in anonimato o prendendo l'identità di un/una altro/a, sentendosi così più protetto e deresponsabilizzato; inoltre, la visibilità, esponenziale grazie al numero potenzialmente illimitato di spettatori/trici, aumenta l'inclinazione del/della cyberbullo/a a ripetere le aggressioni.

È tipico dei ragazzi e delle ragazze di oggi, cercare sempre più spesso visibilità anche attraverso la violenta svalutazione reciproca, soprattutto online. Nel fenomeno del cyberbullismo, da ultimo, è più esasperato l'aspetto della persecutorietà: non c'è via di fuga per la vittima, poiché lo strumento persecutorio all'interno del mondo del web ci rende visibili e la nostra "fama digitale" ci seguirà ovunque andremo.

I comportamenti di chi commette atti di bullismo e cyberbullismo, sebbene spesso vengano banalizzati e qualificati come semplici "ragazzate", sono invece puniti da diverse norme del codice civile, del codice penale e della Costituzione.

Fra le principali violazioni che gli autori di bullismo e cyberbullismo pongono in essere, ci sono quelle dei principi fondamentali della Costituzione (uguaglianza, libertà d'insegnamento, e diritto all'istruzione)[91].

Sotto il profilo penale le fattispecie di reato sono molteplici e a titolo puramente indicativo si possono configurare: il reato di minaccia (art. 612 c.p.), il reato di stalking (art. 612 bis c.p.), il reato di sostituzione di persona (art. 494 c.p.), il reato di trattamento illecito dei dati personali (violazione della privacy), il reato di diffamazione (art. 594 c.p.), il reato di possesso e diffusione di materiale pornografico e/o pedopornografico, etc.

Sotto il profilo civile il riferimento è l'art 2048 e ss c.c. che prevede una responsabilità connessa alla cosiddetta *culpa in educando o in vigilando*.

1.6 Le conseguenze a lungo termine della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza[92]

Il maltrattamento nei confronti dei soggetti in età evolutiva si configura come un fenomeno complesso per le sue caratteristiche, che sono assai differenziate a seconda dell'età della vittima, della tipologia e della gravità della violenza, del contesto in cui avviene e della relazione tra la vittima e l'autore/trice della violenza. Le

[88] Tonioni F. (2014), *Cyberbullismo. Come aiutare le vittime e i persecutori*, Editore Mondadori.

[89] L. n. 71 del 29/05/2017 "*Disposizioni a tutela dei minori per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del cyberbullismo*" https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/3/17G00085/sg

[90] https://www.istat.it/it/files//2019/03/Allegato-statistico-bullismo.pdf

[91] http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01004470.pdf

[92] Per approfondimenti su "Violenza assistita ed esiti traumatici" vedi Quaderno 3 "Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori." della presente Collana, edizione luglio 2020. https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2020/valutazione-e-recuperabilita-del-danno-evolutivo-e-delle-competenze-genitoriali-nel-maltrattamento-dell2019infanzia-e-adolescenza-raccomandazioni-per-gli-operatori

evidenze cliniche e le ricerche svolte in tutto il mondo hanno dimostrato le conseguenze a breve, medio e lungo termine della violenza sulla salute, evidenziando danni fisici e psicologici che impongono di attuare cure precoci, efficaci, integrate e specialistiche.

Inoltre il danno cagionato è tanto maggiore quanto più il fenomeno:

- resta sommerso e non viene individuato;
- è ripetuto nel tempo;
- la risposta di protezione alla vittima ritarda o è elusa;
- il vissuto traumatico è negato, resta non espresso o non elaborato;
- è intrafamiliare.

1.6.1 Neurobiologia dello sviluppo traumatico

Il cervello è particolarmente sensibile in alcune fasi cruciali dello sviluppo, durante le quali una sovrabbondanza di connessioni neurali subisce un processo di "potatura": le connessioni rinforzate dalle esperienze diventano più forti e stabili, mentre i neuroni inattivi muoiono. L'esperienza è quindi capace di modificare l'organizzazione neurofunzionale della mente: un ambiente vario e ricco di stimoli percettivi, cognitivi e, soprattutto di esperienze affettive gratificanti, rappresentano la più potente stimolazione per la genesi e la differenziazione di nuovi neuroni e nuove sinapsi.

Questa premessa ci conduce a considerare il sistema delle precoci relazioni interpersonali del/della bambino/a come l'insieme di esperienze che "informano" l'assetto neurofunzionale e neurobiologico della mente, caratterizzano il profilo psicologico di personalità e, conseguentemente, a dare rilevanza clinica ai loro esiti traumatici sullo sviluppo.

La ricerca, sostenuta dalla prospettiva della neurobiologia interpersonale (Siegel D., 2014)[93] e da tecniche di *neuroimaging* sempre più sofisticate, è ora di grado di dimostrare che la conseguenza più evidente dello sviluppo traumatico nel/nella bambino/a è l'incapacità di regolazione degli stati interni somatosensoriali ed emotivi poiché:

1) le strutture sottocorticali (sistema limbico) influenzano grandemente il sistema noradrenergico e l'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (regolatore della produzione dei principali ormoni dello stress: cortisolo, adrenalina, noradrenalina, serotonina, oppioidi endogeni), modulando i livelli di attivazione del sistema simpatico e parasimpatico, incidendo, in tal modo, sulla capacità di regolazione dei livelli di attivazione dell'*arousal*[94] nell'individuo;
2) esiste un funzionamento gerarchico (*bottom up*) tra il sistema limbico (sede di elaborazione delle emozioni), l'ipotalamo (deputato alla regolazione neuroendocrinologica degli ormoni coinvolti nelle risposte allo stress), l'ippocampo (che presiede ai meccanismi della memoria) e la corteccia prefrontale (coinvolta nei processi cognitivi e nella costruzione del pensiero) che determina la prevalenza del funzionamento mentale sulle esigenze centrate sulla sopravvivenza e sulla difensività piuttosto che sulla mentalizzazione;
3) nella valutazione del significato emotivo degli stimoli sono coinvolte due aree del cervello: l'amigdala e l'insula, che collaborano per rilevare e rispondere agli stimoli percepiti come pericolosi. Queste aree possono essere equiparate a un sistema radar di allerta. Alcune aree dell'emisfero destro acquisiscono una certa importanza nei compiti preconsci di valutazione degli stimoli ambientali e dei conseguenti livelli di attivazione; un fallimento nello sviluppo di queste aree comporta un deficit delle capacità di autoregolazione e regolazione interattiva;
4) la percezione della sensazione di pericolo o di sicurezza (concetto di neurocezione di Porges, 2016)[95] è immagazzinata a livello di memoria procedurale implicita, quindi inconscia ed è localizzata nell'emisfero destro, a differenza della memoria dichiarativa esplicita che sembra essere lateralizzata a sinistra, nell'emisfero "linguistico" e conscio;

[93] La neurobiologia interpersonale si occupa del modo in cui si sviluppa la mente a partire sia da fattori genetici e costituzionali sia dall'esperienza e, quindi, dall'apprendimento. (Siegel D., *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2014).

[94] In neuropsicologia l'*arousal* (dall'inglese eccitazione, risveglio) è una condizione temporanea del sistema nervoso, in risposta ad uno stimolo significativo e di intensità variabile, di un generale stato di eccitazione, caratterizzato da un maggiore stato attentivo-cognitivo di vigilanza e di pronta reazione agli stimoli esterni. https://it.wikipedia.org/wiki/Arousal

[95] Porges S.W., *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'auto-regolazione*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2016.

5) la capacità adattiva di utilizzare in modo flessibile i modelli di regolazione a seconda del contesto sociale deriva dalle precoci esperienze di attaccamento, da una storia di interazioni di attaccamento sicuro di un organismo biologico in via di maturazione e di un ambiente sociale precocemente sintonizzato. Le esperienze regolate e non regolate con la figura di attaccamento sono registrate e conservate nella memoria procedurale che si forma precocemente nell'ambito del sistema orbitofrontale e delle sue connessioni corticali e sottocorticali come rappresentazioni interattive (A. Schore, 2008)[96].

   Il modo in cui sono regolati gli affetti all'interno della diade genitore-bambino/a non influisce, quindi, solamente sulla relazione d'attaccamento e la capacità di strutturare il Sé, ma anche sulle strutture neurali sottostanti. La qualità delle relazioni primarie e la loro corrispettiva capacità di regolare gli stati disadattivi condizionano i meccanismi che promuovono lo sviluppo celebrale. Gli sviluppi scientifici più recenti sulle conseguenze delle esperienze sfavorevoli infantili hanno, infatti, portato numerosi ricercatori e clinici a riconsiderare sia la centralità clinica del trauma nella psicopatologia dello sviluppo, sia il ruolo delle determinanti ambientali che stimolano e orientano il funzionamento neurobiologico della mente;
6) il trauma interpersonale modifica la neurofisiologia: esso s'imprime nel sistema limbico in via di sviluppo e nel sistema nervoso autonomo. In particolare storie di abuso precoci impattano negativamente con lo sviluppo del cervello destro, dominante per l'attaccamento, la regolazione degli affetti, la modulazione dello stress[89], orientando il/la bambino/a verso attaccamenti insicuri o disorganizzati;
7) lo stato di paura-terrore prodotto da un grave disordine nell'attaccamento aumenta i livelli celebrali di adrenalina, noradrenalina e dopamina, creando uno stato ipermetabolico nel cervello in via di sviluppo, che ha effetti deleteri sul volume e sulla funzione ippocampale, particolarmente pronunciati nel disturbo da stress post-traumatico. La ricerca ha dimostrato che in condizioni di stress cronico, l'ippocampo si riduce di dimensione del 10-20% (Courtois C., Ford J., 2009)[97];
8) nell'80% delle/i bambine/i che hanno sviluppato un attaccamento disorganizzato in seguito ai maltrattamenti subiti, coesistono comportamenti contraddittori e attivazioni sia del sistema simpatico sia del parasimpatico (iper o ipo *arousal*). Questa condizione sembra correlata a un'inefficiente regolazione del sistema limbico e della corteccia orbito frontale nell'emisfero destro, prodotta da una mancata sinaptogenesi, o a una sinaptogenesi patologica.

Autori come Dawson, Panagiotides, Klinger e Hill[98] hanno confermato le opinioni, da qualche tempo diffuse, rispetto al ruolo dei lobi frontali nello sviluppo delle capacità autoregolative. Sembra, infatti, che non solo i lobi frontali permettono tutta una serie di comportamenti atti all'autoregolazione, ma che la corteccia orbitale sia principalmente coinvolta nello sviluppo delle funzioni utili all'attaccamento. Questa struttura influenza, ed è a sua volta influenzata, dalla qualità delle relazioni d'attaccamento. Grazie alla sua posizione strategica, di punto d'incontro fra le strutture corticali e quelle sottocorticali, la corteccia orbitale funge da controllore principale dell'equilibrio fra il sistema simpatico e quello parasimpatico.

Questa regione è particolarmente espansa a destra, quindi è particolarmente sviluppata nel cervello emotivo, deputato al riconoscimento delle espressioni facciali, delle valutazioni veloci e inconsce, dei processi di mediazione fra sensazioni piacevoli e spiacevoli.

Si potrebbe ipotizzare, dunque, che, all'interno della teoria dell'attaccamento, considerandola nell'ottica di Schore, come una teoria della regolazione, l'"organo" che maggiormente sembra coinvolto nella regolazione affettiva è proprio la corteccia orbitofrontale, che possiede tutte le caratteristiche anatomiche e strutturali per svolgere i compiti coinvolti nell'attaccamento.

Quindi questa struttura, così importante nei primi anni di vita per la strutturazione del Sé e per la regolazione degli stati interni e dei comportamenti, sembra assumere un ruolo di elevata importanza in tutte le relazioni di attaccamento delle età successive, nonché nelle capacità, o non abilità, regolative dell'età adulta, incluse le capacità di *parenting*.

---

[96] Schore A. N., *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Astrolabio, Roma, 2008.

[97] Courtois C., Ford J., (a cura di) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Guilford Press, New York, 2009.

[98] *The role of frontal lobe functioning in infant self-regulatory behavior*, Brain and Cognition 20 (1):152-175. October 1992. DOI: 10.1016/0278-2626(92)90066-U.

Gli studi di neurobiologia del comportamento di attaccamento condotti con l'ausilio della risonanza magnetica funzionale sembrano molto promettenti. Le madri "sicure" mostrano una maggiore risposta dell'ossitocina, un importante ormone neuro modulatore prodotto nell'ipotalamo, coinvolto nel comportamento materno (Strathearn L. *et al.*, 2009)[99] .

L'ossitocina viene rilasciata in risposta a stimoli quali l'allattamento, il contatto, la vista, il suono e l'odore del/della neonato/a. Le madri con pattern di attaccamento sicuro mostrano maggiori livelli di ossitocina delle madri con attaccamento insicuro/evitante e questa attivazione le orienta verso una più accurata interpretazione dei segnali del/della bambino/a. La capacità della madre di sintonizzarsi con i segnali del/della neonato/a, come le espressioni facciali, è un potente regolatore degli stati psicofisiologici del/della bambino/a. Le madri con uno stile di attaccamento non risolto tendono a reagire agli stimoli del/della bambino/a in modi spaventosi e spaventati (Main M., 2008)[100], come dimostrato nei numerosi studi condotti con la *Strange Situation*[101].

Schore aggiunge che le esperienze regolate e non regolate con la figura di attaccamento sono registrate e conservate nella memoria procedurale che si forma precocemente nell'ambito del sistema orbitofrontale e delle sue connessioni corticali e sottocorticali come rappresentazioni interattive[102].

Di particolare rilievo clinico è, quindi, la compromissione dello sviluppo della competenza emotiva che, in bambine/i esposti a uno stress traumatico cronico, rappresenta l'elemento clinico cruciale, i cui disturbi coinvolgono, a catena, una serie di funzioni fondamentali per lo sviluppo affettivo e sociale.

Fin dai primi mesi di vita il/la bambino/a comunica il suo stato affettivo a chi si prende cura di lui/lei, che gli/le risponde sintonizzandosi e fungendo da regolatore rispetto a tali stati. In condizione normali la comunicazione madre/bambino è caratterizzata da processi di sintonizzazione degli stati affettivi, da rotture della comunicazione e processi di riparazione nell'ambito dei quali principalmente la madre, ma anche lo/a stesso/a bambino/a, riescono a sintonizzarsi nuovamente producendo nuovi stati di sincronia (Tronick E., 2008)[103].

Lo sviluppo traumatico affonda le proprie origini nella qualità delle precoci relazioni di attaccamento. I genitori reduci da esperienze di natura traumatica nell'ambiente di cura primario riportano livelli più elevati di angoscia e dissociazione che compromettono la capacità di percepire e decodificare correttamente i propri stati emotivi e quelli altrui e di rilevare il grado di pericolosità delle situazioni.

Le complesse esperienze traumatiche pregresse non rielaborate nella storia del genitore rappresentano, pertanto, un importante fattore di rischio distale che è sempre raccomandabile esplorare nella valutazione e nella progettazione degli interventi.

Gli studi di Yehuda[104] sull'effetto del PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) nelle donne in gravidanza hanno dimostrato che i/le neonati/e, alla nascita, presentano livelli più bassi di cortisolo della media e che i/le figli/e di madri con depressione maggiore già a 6 mesi, presentano alti livelli di cortisolo. Questi studi indicano che il livello di attivazione fisiologica del/della bambino/a varia sistematicamente in base all'interazione e al processo di elaborazione delle informazioni nell'interazione (Beebe B., et al., 2003)[105].

L'osservazione che i livelli di ossitocina sono più alti nelle madri attaccate in modo sicuro, sono più bassi nelle madri depresse e in molti bambine/i reduci da precoce abbandono e adottati, che mostrano gravi menomazioni nella reciprocità sociale (Fries A.B.W. *et al.*, 2005)[106] suggerisce l'importanza di questo neuropeptide nella mediazione dell'attaccamento e dei comportamenti sociali. A supporto di questa prospettiva, vale la pena ricordare gli importanti risultati emersi dalla Studio Longitudinale Minnesota (Sroufe L.A. *et al.*, 2005)[107],

[99] Strathearn L. *et al.*, *Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues*, Neuropsychopharmacology, 34(13): 2655-66, 2009. PubMed.
[100] Main M., *L' attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.
[101] Procedura attualmente molto utilizzata per valutare la qualità delle relazioni di attaccamento bambino-caregiver, elaborata da Mary Ainsworth.
[102] Schore A. N., A*ttachment trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience,* Annals of New York Academy of Sciences, 1159, pp. 189-203, 2009b.
[103] Tronick E., *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.
[104] Yehuda R. *et al*., *Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy*, Journal of Clinical Endocrinology e Metabolism, 90 (7), 4115-8, 2005.
[105] Beebe B., Lachmann F. M., *Infant Research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano, 2003.
[106] Fries A.B.W. *et al.*, *Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior*, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States, November 22, 102 (47) 17237-17240, 2005).
[107] Sroufe L.A. *et al.*, *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*, Guilford Press, New York, 2005.

che si è posto l'obiettivo trentennale di sottoporre a verifica empirica il modello di sviluppo di Bowlby. Tale studio ha riscontrato che il 40% dei genitori, che erano stati abusati da bambine/i, maltrattavano i loro stessi bambine/i e un altro 30% era trascurante. Il 30% di genitori che erano stati abusati, ma non erano abusanti con i loro bambine/i, avevano ricevuto supporto emotivo da un/una adulto/a non abusante, avevano ricevuto una psicoterapia o avevano sviluppato una relazione intima soddisfacente con il/la partner.

Numerosi studi mostrano come la dissociazione materna comporti un deficit peculiare nella funzione riflessiva, nella capacità protettiva verso il/la figlio/a, nella capacità di stabilire confini sani e chiedere aiuto, difficoltà che possono facilmente trasformarsi in fattori di rischio nella genitorialità.

Le madri dissociative sembrano presentare un deficit nella abilità di elaborare correttamente le informazioni, sia interne che esterne. Jennifer Freyd[108] suggerisce che la dissociazione si verifica con più probabilità quando l'abuso è negato e l'esperienza non è condivisa e codificata: considerata vergognosa, deve essere negata per preservare il legame e l'integrità della famiglia. Si crea, così, il segreto familiare trasmesso alla generazione successiva.

Le tecniche di *neuroimaging* hanno evidenziato, ancora una volta, una particolare sensibilità di alcune aree corticali all'esposizione a traumi precoci e cumulativi, aree poste nella parte anteriore del cervello, altamente interconnesse tra loro e strettamente legate al sistema limbico: corteccia mediale, ventrale e alcune porzioni della corteccia orbito-frontale che sottendono funzioni mentali complesse come la capacità riflessiva (Courtois C. *et al.*, 2009)[109] .

I genitori con una Funzione Riflessiva (RF) bassa sembrano inconsapevoli dei pensieri o dei sentimenti propri e del/della figlio/a negano le esperienze emotive associate alla genitorialità. Madri con una storia di maltrattamento non elaborata, depressione e PTSD mostrano un deficit nella funzione riflessiva, cioè una scarsa o assente consapevolezza dei segnali del/della figlio/a, e possono essere intrusive, ritirate o emotivamente non disponibili. Le madri depresse hanno generalmente una bassa sensibilità affettiva e non riflettono, o riflettono scarsamente, l'esperienza affettiva del/della loro bambino/a[110].

Interviste specificamente rivolte a genitori con gravi storie di traumi cronici rivelano la dominanza di una rappresentazione del/della figlio/a come ostile, minaccioso, e un vissuto di impotenza nel ruolo genitoriale, di svalutazione e inadeguatezza del Sé percepito come "cattivo", ricorrenti riferimenti a sentimenti di paura e incapacità empatica. Questi risultati pongono l'accento sul ruolo significativo della cecità alla violenza e della sua normalizzazione spesso osservati nei genitori cosiddetti "non protettivi", incluse le madri vittime di violenza domestica[111].

Anche gli studi di epigenetica[112] hanno reso evidente che l'ambiente può attivare o inibire l'espressione genetica di alcuni geni ereditati e che tale mutazione può essere trasmessa alle generazioni successive.

È stata rilevata una aumentata metilazione del DNA che codifica per il recettore dei glucocorticoidi NR3C1 nell'ipotalamo in soggetti che sperimentano eventi avversi (violenze, abusi, forte deprivazione affettiva) nella prima infanzia. Ed è stata messa in relazione con l'aumentata produzione di glucocorticoidi in questi bambine/i, così come in bambine/i partoriti da donne gravide che sono vissute, durante la gravidanza, in contesti aggressivi e traumatizzanti, e che hanno trasmesso ai/alle figli/e l'eccesso di glucocorticoidi durante la vita fetale: più gravi sono stati tali gli eventi o i contesti negativi, più alto è risultato il livello di capacità di metilazione del DNA (McGowan *et al*., 2018)[113]. La ridotta espressione del recettore comportava un alterato funzionamento dell'asse ipotalamico con conseguente ridotta capacità di adattamento del/della bambino/a.

---

[108] *Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Ab*use, Ethics & Behavior 4(4):307-329, December 1994.

[109] Courtois C., Ford J., (a cura di) *Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Guilford Press, New York, 2009.

[110] Stacks A.M. *et al.*, *Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: links to sensitive parenting and infant attachment security*, Attach Hum Dev. 2014;16(5):515-33. doi: 10.1080/14616734.2014.935452. Epub 2014 Jul 16).

[111] Per una rassegna si veda: Chu A., DePrince A.P., *Development of dissociation: Examining the relationship between parenting, maternal trauma, and child dissociation*, Journal of Trauma and Dissociation, 7, 4, pp. 75-89, 2006. PubMedce, 2006.

[112] La ricerca di Perroud et al. (2011) prova l'associazione tra un'ampia gamma di traumi infantili e lo stato di metilazione del promoter e dell'esone 1f del gene recettore dei glucocorticoidi (NR3C1) nel sangue periferico in età adulta (Perroud N., e al., *Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma*, Translational Psychiatry, 2011 Dec 13;1:e59. PubMed.

[113] McGowan P.O. *et al.*, *Prenatal stress, glucocorticoids and developmental programming of stress response*, Endocrinology 2018;159:69-82.

Per converso, un contesto particolarmente favorevole caratterizzato dall'elevata qualità dell'accudimento materno riduce la produzione di glucocorticoidi nei cuccioli di animali, così come nelle/nei bambine/i, e si associa ad una riduzione della metilazione del gene del recettore NR3C1, con conseguente minore suscettibilità negativa allo stress ambientale e alle sue conseguenze negative a breve e a lungo termine (Lester B.M. *et al.*, 2018)[114].

L'importanza di queste ricerche deriva anche dal fatto che indicano che il grado di metilazione può essere un **marker** della gravità del maltrattamento.

Il trauma irrisolto di una madre può quindi interferire con la sua capacità di rispondere sensibilmente al/alla bambino/a, influenzando così lo sviluppo dell'attaccamento e il network delle reti neuronali in formazione, contribuendo potenzialmente alla **trasmissione intergenerazionale** del trauma.

A livello neurobiologico, un interessante studio condotto con la risonanza magnetica funzionale (fMRI), ha dimostrato che le madri classificate all'AAI[115] (*Adult Attachment Interview*) come aventi traumi o perdite non risolti mostrano una ridotta attivazione nell'amigdala quando sono esposte a immagini del/della figlio/a con una espressione triste nel volto (Iyengar *et al.*, 2014)[116].

Il trauma irrisolto può quindi interferire con le aspettative e le percezioni materne del/della figlio/a, con la sua capacità di rispondere sensibilmente al/alla bambino/a e con le risposte neuronali associate ai segnali emotivi infantili, compromettendo così lo sviluppo di un attaccamento sicuro nel/nella bambino/a.

Sulla correlazione tra trauma materno e sviluppo dell'attaccamento, la ricerca ha compiuto molti progressi nel tentativo di comprendere la possibile trasmissione intergenerazionale del trauma. Si è ad esempio scoperto che il trauma interpersonale ha effetti negativi sull'attaccamento già in epoca prenatale, nel senso che i disturbi nella relazione tra futuro/a caregiver e figlio/a sono associati alla percezione materna del "bambino come minaccia" (Schechter *et al.*, 2004), in particolare nelle future madri esposte a violenza domestica. Queste madri hanno più probabilità di avere figli/e attaccati in modo insicuro.

Tuttavia, è stato anche osservato che le madri che si riorganizzano verso un attaccamento sicuro hanno più probabilità di avere bambine/i con attaccamento sicuro[117].

Bowlby stesso aveva compreso che il cambiamento nella strategia dell'attaccamento è sempre possibile e può essere associato a importanti cambiamenti della vita o a una serie di eventi nel corso della vita stessa.

Alcuni individui con modelli di attaccamento insicuro (trasmessi attraverso le generazioni), che hanno avuto esperienza di genitori ostili o eventi avversi della vita, sono in grado di superare gli effetti di queste esperienze e dimostrare un'integrazione equilibrata. Questi individui sono etichettati come soggetti con "un attaccamento sicuro guadagnato". Si ritiene che questi individui abbiano interrotto il ciclo intergenerazionale dimostrando resilienza.

La riorganizzazione dell'attaccamento dimostra la plasticità cerebrale e il ruolo della mente nel tamponare gli effetti delle avversità o dei traumi irrisolti come risultato del cambiamento delle circostanze. Il processo di riorganizzazione può alterare la trasmissione dell'attaccamento da una generazione all'altra, un'ipotesi che ha importanti implicazioni cliniche e preventive, ma che ha ricevuto ancora scarsa attenzione in letteratura.

Questi risultati dovrebbero fare riflettere sull'importanza di adottare tutti gli interventi preventivi e riparativi volti alla costruzione della sicurezza nell'attaccamento.

[114] Lester B.M. *et al.*, *Epigenetic programming by maternal behaviour in the human infant*, Pediatrics 2018;142:e20171890.
[115] L'*Adult Attachment Interview* (AAI) è un'intervista strutturata per valutare lo stile di attaccamento dell'adulto, elaborata da George, Kaplan e Main, 1985. [*George*, C., *Kaplan*, N., & *Main*, M. (*1985*), *The Adult Attachment Interview*, Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.]
[116] Iyengar U. *et al.*, *Unresolved trauma in mothers: intergenerational effects and the role of reorganization*, Frontiers in Psychology, 5: 966, 2014. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00966.
[117] Vedi nota 116.

1.6.2 Evoluzione dello sviluppo traumatico in adolescenza

L'esperienza traumatica nell'infanzia influenza le successive fasi evolutive soprattutto in assenza di interventi precoci.

Nella fase di latenza e in adolescenza le modificazioni cerebrali più consistenti coinvolgono le aree responsabili di tre principali funzioni, necessarie per il raggiungimento dell'autonomia e l'acquisizione delle competenze interpersonali, fondamentali per lo svolgimento dei compiti evolutivi fase specifici:

- consapevolezza di sé e un autentico coinvolgimento con le altre persone (cingolato anteriore);
- abilità di valutare la valenza e il significato di esperienze emotive complesse (corteccia orbitale prefrontale);
- abilità di determinare il corso delle proprie azioni facendo leva sull'esperienza e sulla creazione di cornici interne di significato e riferimento configurate a partire da una corretta comprensione dell'altrui prospettiva (corteccia prefrontale dorsolaterale).

La corteccia frontale è sede delle strutture che servono a inibire il comportamento, aumentando le capacità di controllo e di valutazione delle conseguenze delle nostre azioni; questa parte del cervello completa la sua maturazione intorno ai 20-22 anni, più precocemente nelle femmine rispetto ai maschi, e fino a questa età rimane a un livello di funzionamento incompleto.

L'ipotalamo è invece associato ai comportamenti impulsivi, soprattutto di tipo aggressivo; presenta un numero elevato di recettori ormonali e pertanto con la pubertà viene a trovarsi in una condizione di stimolazione particolarmente intensa. Fa parte delle strutture che ci spingono a fare delle scelte e che promuovono i comportamenti, strutture che a 12-13 anni sono già pienamente sviluppate.

In adolescenza vi è quindi uno sbilanciamento a favore delle strutture che sostengono l'impulsività, rendendo questo periodo della vita una fase di biologica vulnerabilità per i comportamenti caratterizzati da discontrollo o disregolazione degli impulsi.

Il punto di arrivo in età adulta di questo processo di maturazione è la capacità di operare una selezione tra la grande varietà di impulsi, idee, sensazioni e altri processi della mente, e di arrivare a una scelta che si traduce in una risposta meditata e non automatica.

Tale flessibilità di risposta coinvolge la capacità di ritardare le gratificazioni e di frenare i comportamenti impulsivi, capacità che rappresenta una componente essenziale della maturità emotiva e delle relazioni interpersonali efficaci. Se osserviamo dalla Tabella IV l'impatto del trauma complesso sulla sfera neurobiologica, comprendiamo come in adolescenza e in età adulta si assista spesso alla compromissione delle competenze psicosociali e della capacità di autoregolazione emozionale proprie dell'età adulta, che a cascata produce gli effetti descritti sulle varie aree di funzionamento della persona.

Per le sue caratteristiche di precocità d'azione, gravità e cronicità il **trauma complesso** interferisce con lo sviluppo della mente e del cervello, ed è all'origine di alterazioni biologiche, psicologiche, cognitive, comportamentali e sociali che si sviluppano con caratteristiche peculiari nella/nel bambina/o, nell'adolescente e nel/nella adulto/a, traducendosi in un'ampia gamma di disturbi psicofisici[118,119,120] illustrati nelle tabelle che seguono (Tabelle IV, V e VI).

[118] Jones D.P.H. (2008), *Child Maltreatment*, in Rutter's Child and Adolescent Psichiatry, pp.421-439, Blackwell Publishing, Malden, Massachusetts.
[119] Lanius R.A. *et al.*, (2016), *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia*, Giovanni Fioriti Editore.
[120] Van der Kolk B. *et al.*, (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Ed.

Tabelle IV-V-VI Disturbi psicofisici da trauma.

Tabella IV	Bambino/a	Adolescente	Persona adulta
Sfera neurobiologica	Riduzione di volume di corpo calloso, ippocampo, corteccia prefrontale, lobo temporale, materia grigia della corteccia visiva e cervelletto Aumento di volume del giro temporale superiore Asimmetria funzionale interemisferica con prevalenza sx Alterazioni dell'asse HPA (iperattività) e del sistema endocrino con aumento del cortisolo (neurotossico per la corteccia)		
Sfera fisica	Morte Lesioni dirette Disabilità Menarca precoce Riduzione della crescita Immunodeficienza	Dolori addominali e del tratto gastroenterico Cefalea	Ischemia cardiaca Stroke Tumori Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva Sindrome del colon irritabile Fibromialgie Artrite Ulcera peptica Diabete Disturbi autoimmuni Dolore pelvico cronico Dispareunia Disturbi della tiroide nelle donne

Tabella V	Bambina/o	Adolescente	Persona adulta
Regolazione affettiva	Instabilità della regolazione emozionale, Scarsità di emozioni positive e di empatia Sentimenti di rabbia, paura e tristezza Sintomi del PTSD	Labilità affettiva Anedonia Affetti incongrui e inappropriati Alti livelli di sensibilità interpersonale Difficoltà nel descrivere le proprie emozioni e nella comprensione corretta di quelle delle altre persone Difficoltà nel comunicare i desideri	
Regolazione degli impulsi (da funzionamento perturbato dell'amigdala e del tono serotoninergico nella corteccia prefrontale)	Iperattività, Ipervigilanza Mancanza di autocontrollo Aggressività Irritabilità Disturbi dell'autoregolazione (sonno, alimentazione, controllo sfinterico)	Autolesionismo, tentativi di suicidio Crisi di rabbia esplosive e improvvise Comportamenti oppositivi Difficoltà nel rispetto delle regole Uso di droghe e alcol Disturbi dell'autoregolazione (sonno, alimentazione, controllo sfinterico) Disturbi della condotta (fughe, atti delinquenziali) Precocità nei rapporti sessuali Promiscuità sessuale, prostituzione Gravidanza precoce	
Distorsioni delle attribuzioni	Ritardo/deficit nelle funzioni riflessive (teoria della mente) Persistenti vissuti di vergogna e colpa Bassa considerazione di sé, della propria efficacia e della propria capacità di controllo Tendenza alla scarsa autoprotezione e alla deresponsabilizzazione		
Attenzione e coscienza	Difficoltà di concentrazione, Disturbi della memoria, Deficit delle funzioni esecutive (deficit specifici o generalizzati delle regioni prefrontali) Depersonalizzazione, Sintomi dissociativi Ipervigilanza e stato di allerta da ridotta capacità di sopprimere attivamente le informazioni irrilevanti quando sono di natura avversa		

Tabella VI	Bambina/o	Adolescente	Persona adulta
Competenze relazionali	Attaccamento insicuro/ disorganizzato Comportamenti erotizzati	Compromissione delle abilità sociali e della comprensione delle dinamiche interattive Aspettative di danneggiamento da parte dell'altra persona Modelli Operativi Interni disadattivi Violenza e Vittimizzazione nelle relazioni sentimentali	Relazionalità interpersonale disturbata Iper-responsività emotiva Deficit nel riconoscimento delle emozioni e nella capacità di empatia Propensione a sperimentare e a evocare attivamente disagio nelle relazioni Ridotta capacità a impegnarsi nel *problem solving* interpersonale, soprattutto nel contesto di relazioni di attaccamento emotivamente intense. Attaccamento insicuro con la prole Violenza domestica Possibile evoluzione antisociale
Socializzazione con i/le pari	Ritiro/isolamento con scarse interazioni sociali Aggressività Deficit nell'elaborazione delle interazioni sociali	Comportamenti fobici Avversione/diffidenza Ritiro/isolamento Partecipazione a bande giovanili	
Sfera cognitiva	Alterazione e disorganizzazione nelle attività di gioco e di interazione con l'ambiente, ridotto gioco simbolico Difficoltà nell'apprendere ed elaborare informazioni verbali, nell'organizzare/ ricordare nuove informazioni, nell'uso del linguaggio, nel comprendere i rapporti di causa-effetto, nell'orientamento spazio-temporale, nel *problem solving*	Scarso rendimento scolastico Abbandono della scuola	Scarsa formazione professionale Scarse opportunità di impiego
Sfera comportamentale e Psicopatologia	Disturbo della condotta Disturbo Oppositivo Provocatorio ADHD	Comportamento Antisociale Disturbo della Condotta Aggressività e condotte esternalizzate Bullismo Depressione Disturbo da attacchi di panico PTSD	Disturbo Antisociale di Personalità Disturbo Borderline di Personalità Depressione, Distimia, con maggiori livelli di impulsività, aggressività e tentativi di suicidio Disturbi d'ansia e del Sonno Abuso e Dipendenza da Sostanze Disturbi del Comportamento Alimentare PTSD

Raccomandazione: Questi risultati dovrebbero orientare i servizi verso il potenziamento degli interventi a sostegno del puerperio, della depressione post partum e della genitorialità più in generale[121]. Inoltre, considerando quanto siano elevati i tassi di esposizione al trauma nella popolazione, è utile sottoporre a screening sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili[122] le donne in gravidanza.

Dal punto di vista clinico-diagnostico è importante esplorare i modelli di attaccamento dei genitori e dei figlie/i, allo scopo di potenziare gli interventi di recupero dei legami di attaccamento e individuare le peculiari esperienze riparative necessarie alla costruzione della sicurezza nell'attaccamento.

[121] Tamburlini G., *L'ambiente familiare di apprendimento, 2° parte,* Medico e Bambino 2020;39:167-176

[122] Felitti V.J. *et al.*, (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. Am J Prev Med., 14(4): 245-58.

1.6.3 Ciclo dell'abuso

Situazioni traumatiche, specie se precoci e croniche, nel loro decorso ingravescente possono risolversi in un maltrattamento agito innescato da eventi *trigger*[123], secondo la dinamica della trasmissione transgenerazionale del trauma (Figura 14).

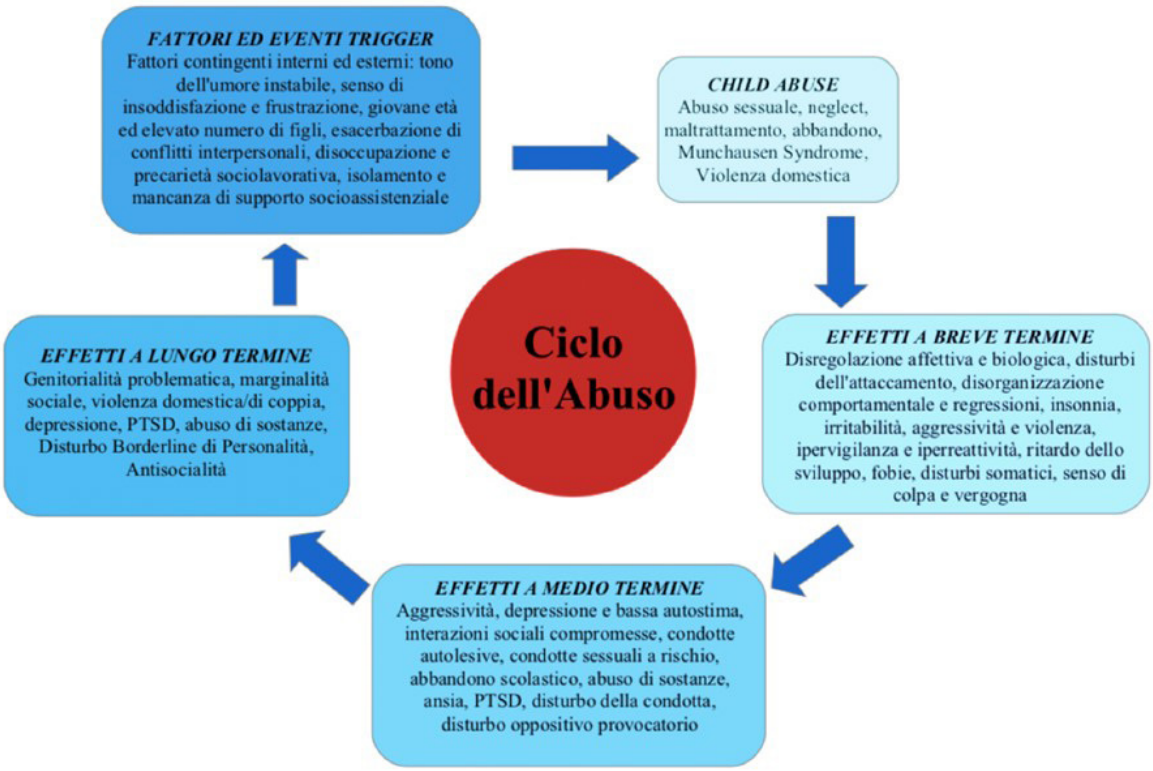


Figura 14. Dinamica della trasmissione transgenerazionale del trauma

1.7 Rapporto costi/benefici della prevenzione del maltrattamento/abuso[124]

La necessità di attivare e implementare pensieri e azioni preventive non è solo legata all'impegno etico di una società civile di preservare i soggetti più fragili dal rischio di percorsi esistenziali dolorosi e problematici, ma costituirebbe un risparmio per la società nel suo complesso.

Sappiamo infatti che il "costo" del maltrattamento è altissimo sia per l'impatto sulla salute e sul futuro del/della bambino/a che per le ricadute economiche sulla spesa pubblica. Un/una bambino/a maltrattato/a pesa in modo significativo sui bilanci dei Comuni, sui bilanci delle Aziende Sanitarie e dei servizi di salute mentale, così come sui bilanci della Giustizia. E questo sia oggi, per la sua protezione e tutela, che nel futuro, perché il maltrattamento ha un'alta probabilità di far poi sviluppare in età adulta patologie sanitarie anche gravi[125] (dipendenze, malattie mentali, disabilità, disturbi cardiovascolari, disturbi psicologici etc.), devianze e criminalità, disoccupazione e perdita di reddito, l'abusato/a potrebbe diventare a sua volta da adulto/a un abusante, incidendo, dunque, sul bilancio dello Stato e sulla perdita di produttività e di PIL[126] e sulla diminuzione del benessere sociale complessivo la cui misurazione si sta sempre più frequentemente affiancando a quella del solo PIL.[127]

[123] Dopo un'esperienza traumatica, una persona può rivivere il trauma mentalmente e fisicamente, perciò evita il ricordo del trauma, chiamato anche "*trigger*" (termine inglese che significa appunto "grilletto", perché scatena il ricordo), in quanto questo può essere insopportabile e persino doloroso.

[124] Quaderno "L'appropriatezza degli allontanamenti nelle famiglie maltrattanti" https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI_web.pdf/view

[125] Vedi paragrafo 1.6

[126] Prodotto Interno Lordo, ovvero la misura del risultato finale dell'attività produttiva dei residenti di un Paese in un dato periodo.

[127] Uno dei metodi più diffusi di misurazione del benessere di uno Stato è quello denominato Benessere Interno Lordo (BIL) o Felicità Interna Lorda (FIL) o Benessere Equo Solidale (BES), quest'ultimo adottato anche in Italia nelle ultime rilevazioni ISTAT rapporto BES 2019 https://www.istat.it/it/archivio/236714

Le spese relative a protezione e prevenzione presentano tuttavia, connotati differenti: mentre la protezione/trattamento è inequivocabilmente un costo, in quanto incide solo negativamente sui bilanci dello Stato, la **prevenzione è propriamente un investimento**, dal momento che è in grado di generare potenzialmente un risparmio futuro. È infatti ragionevole ritenere che un maggior impiego di risorse per le attività di prevenzione può portare a notevoli risparmi nel lungo periodo.

La prima ricerca[128] su questi aspetti in Italia, commissionata dal CISMAI e da *Terres des hommes* all'Università Bocconi di Milano, ha fatto emergere un dato impressionante: il maltrattamento all'infanzia, a livello nazionale, costa annualmente allo Stato italiano 13.056 miliardi, quasi un punto del PIL (lo 0,84%), che sono stati suddivisi dai ricercatori in costi diretti (quelli sostenuti all'emergenza del caso, ospedalità/ospitalità, cure mediche, welfare, Forze dell'Ordine, giustizia) che incidono per 338,6 milioni di euro, e indiretti (quelli che lo Stato dovrà sostenere per le conseguenze che i soggetti maltrattati riporteranno per tutto l'arco della vita: insegnanti di sostegno, delinquenza giovanile, cure mediche da adulti/e, criminalità adulta, perdite produttive), che incidono per 12,7 miliardi di euro. Questo dato è rafforzato da studi già compiuti in altri paesi tra cui gli USA e dall'OMS[129].

Sul piano culturale invece è ancora scarso l'investimento nella ricerca scientifica volto allo sviluppo di metodologie e strumenti operativi socio-sanitari confrontabili, quali buone prassi e linee guida d'intervento formalmente adottati a livello locale e nazionale.

[128] Terre des Hommes-Cismai, *Maltrattamento sui bambini: quante le vittime in Italia? – Prima Indagine nazionale quali–quantitativa sul maltrattamento a danno di bambin*i, 2013, disponibile all'indirizzo: www.cismai.org e www.terredeshommes.it.

[129] WHO Regional office for Europe, European report on preventing child maltreatment, 2013 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-report-on-preventing-child-maltreatment.pdf

Capitolo 2
La prevenzione del maltrattamento/abuso

2.1 La classificazione della prevenzione: premessa

Partiamo dalla **classica definizione** di **prevenzione in medicina**. L'Istituto Superiore di Sanità, riferendosi alle raccomandazioni dell'OMS, definisce come di seguito la prevenzione, e su questa definizione vi è consenso generale. La prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

- **Prevenzione Primaria**. Ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare è un insieme di attività, azioni ed interventi che attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, tendono al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose. L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio) (es. ciò vale per molte neoplasie, le malformazioni congenite, altre malattie rare ecc. che sono oggetto di campagne di prevenzione primaria per ridurre il rischio che si manifestino).
- **Prevenzione Secondaria**. Attiene a un grado successivo rispetto alla prevenzione primaria, intervenendo su soggetti già ammalati, anche se in uno stadio iniziale. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattia, in fase asintomatica (programmi di screening), mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione. Consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso (es. le malattie metaboliche congenite sono un gruppo di malattie rare per le quali è possibile attuare interventi di prevenzione secondaria attraverso programmi di screening alla nascita, sui neonati che ne risultano affetti).
- **Prevenzione Terziaria**. Fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo della persona malata, e all'aumento della qualità della vita (es. misure di riabilitazione motoria; supporto psicologico; ecc.).

Passando dal campo strettamente medico al maltrattamento/abuso sulle persone di minore età, la prevenzione non va considerata solo in rapporto ad uno stato di salute più o meno patologico o disfunzionale, ma come "metodologia d'azione" volta a promuovere competenze sociali ed individuali per incrementare il benessere, fisico, psicologico, sociale. Gli interventi possono avvenire in contesti formali o informali.

Il verbo prevenire nella lingua italiana ha infatti il significato di impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi, provvedendovi in anticipo. In pratica un intervento può dirsi "preventivo" solo quando "l'arrivare prima" risulti finalizzato a interrompere o modificare l'evoluzione di un certo comportamento o l'*escalation* di eventi violenti e sbagliati.

Se da un lato, quindi, c'è un bisogno complesso e comprensibile di definire la prevenzione, dall'altro è presente, con altrettanta importanza, il sapere pratico, quello che molti pedagogisti definiscono il "sapere dell'esperienza", all'interno di esperienze educative formali e non, utile ad attivare strategie e programmi di prevenzione efficaci sulle singole persone giovani.

La prevenzione non è né un solo evento né solo esperienza o sapere dell'esperienza, né tantomeno è così semplice poterla "ingabbiare" in schemi rigidi o categorie.

La prevenzione, come l'educazione in generale, descrive una dimensione vaga, generica e imprecisa, e ciò a causa delle sue stesse caratteristiche; si tratta di un sapere relativo, soggettivo e scomodo perché troppo sfuggente, ben poco oggettivabile e di conseguenza ben poco verificabile.

Tuttavia, nonostante le difficoltà ora descritte, è necessario valorizzare la dimensione preventiva anche e soprattutto all'interno di situazioni di quotidianità e normalità tramite quelle attività che tendono a ridurre i rischi di un possibile incontro tra malessere e disagio.

Occuparsi di prevenzione significa lavorare sui processi più che sui contenuti: se l'obiettivo della prevenzione è modificare dei comportamenti o degli atteggiamenti è indispensabile agire su tutto ciò che consente ad una persona di scegliere.

Tra i punti deboli di alcune logiche di prevenzione si può osservare il presunto primato del cognitivo sull'affettività, oppure la difficoltà a valutare in maniera efficace gli effetti delle azioni preventive.

Sembra utile pensare ai tre livelli di prevenzione applicati ai vari sistemi del modello ecologico, in linea con le Linee di indirizzo regionali (DGR 1677/2003):

- **Prevenzione Primaria**. Potrebbe essere definita come un modello multimodale ed integrato, costituito da azioni di natura culturale, formativa ed educativa, orientate allo sviluppo delle competenze socio-emotive e relazionali, rivolte alla comunità tutta (es. la promozione della responsabilità genitoriale e della genitorialità consapevole, la promozione degli stili di vita che riducono i fattori di rischio e potenziano quelli protettivi).
- **Prevenzione Secondaria**. È rivolta a quei contesti in cui vi sono già i sintomi di un disagio e i soggetti a rischio. Si tratta di esperienze e attività rivolte alle fasce più marcatamente a rischio, quali soggetti che vivono in contesti e/o situazioni di marginalità sociale o in presenza di significativi fattori di rischio individuale, familiare o socio-culturale. Si propone la rilevazione tempestiva dei rischi dei singoli e dei nuclei familiari e la rilevazione precoce del maltrattamento/abuso (M/A). Es. lo screening/griglia che si utilizza nei servizi sanitari (Neonatologie, Ostetricie ecc.) per individuare le condizioni di rischio (il supporto alla persona minorenne che partorisce, o alla gravida senza il compagno); lo screening/griglia che qualche PS generale o pediatrico utilizza per mettere a fuoco le situazioni di sospetto M/A a fronte di una lesione traumatica in un/a bambino-a/ragazzo-a (es. una storia clinica incongrua, non corrispondente al tipo di lesione, o allo sviluppo neuromotorio del/della bambino/a ecc.).
- **Prevenzione Terziaria**. È la presa in carico del/della minorenne, vittima di M/A, per evitare la recidiva del M/A e per la cura volta a ridurre i danni (per un approfondimento vedi Allegato 6).

In accordo con l'interpretazione sopra descritta l'*home visiting*[130] ad esempio è una pratica di prevenzione primaria se generalizzata e rivolta a tutte le puerpere/famiglie, diventa prevenzione secondaria se rivolta alle situazioni a rischio, magari individuate attraverso uno screening in ospedale (es. screening eseguito in ostetricia o in neonatologia).

I tempi sembrano ormai maturi per pensare al maltrattamento in termini **veramente preventivi**, in termini cioè di potenziamento dei fattori di protezione oltre che di intercettazione dei segnali di rischio, per evitare che si traduca in conseguenze dannose per i bambini e le bambine.

Per la stabilizzazione di una cultura della prevenzione del maltrattamento all'infanzia è necessario ragionare su un sistema di prevenzione **attivo** (secondo i criteri di efficacia, efficienza ed economicità richiesti dalla L.R. 14/2008, art. 23.c.1), tale da consentire l'intervento dei servizi socio-sanitari già a livello di **rischio** e quindi di prevenzione secondaria anziché, come accade prevalentemente ora, intervenire sul **danno** e quindi in un ambito di prevenzione terziaria.

Spesso le **azioni di prevenzione primaria e secondaria**, pur presenti a livello locale, restano difficilmente valutabili sul piano dei riscontri di esito, quindi scarsamente confrontabili tra di loro, replicabili e generalizzabili; serve investire di più nel lavoro di valutazione/validazione, documentazione e diffusione.

[130] Vedi paragrafo 2.2, Tabella VII e paragrafo 2.3.1

Raccomandazioni: La comunità scientifica ribadisce l'importanza di garantire agli/alle operatori/trici e ai/alle professionisti/e supervisioni, per lo meno sul trattamento di casi complessi[131].

Creare alleanze tra Servizi socio-sanitari e famiglie con problematiche legate alla genitorialità.

Innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti per ridurre il rischio di allontanamento di bambini/e dal nucleo familiare d'origine.

Implementare in tutto il territorio regionale metodiche per la prevenzione dell'allontanamento.

2.2 La prevenzione: come e quando intervenire

Modelli di intervento

Per affrontare le complessità della tutela dei bambini e delle bambine nello sforzo di prevenire il maltrattamento è necessaria una pluralità di modelli di intervento, preferibilmente se sono stati già sperimentati con successo e riconosciuti dalla comunità scientifica, come indica l'OMS, che individua nel **sostegno delle genitorialità a rischio** e nell'***home visiting*** gli **strumenti principe di prevenzione.**

Ci sono infatti diversi approcci alla prevenzione nell'infanzia: programmi di educazione dei genitori per migliorare le cure che le/i bambine/i ricevono nelle loro case, gruppi di supporto per ridurre i comportamenti negativi dei genitori, programmi di *home visiting* che forniscono Servizi alle famiglie vulnerabili e programmi di tipo comunitario che coordinano i Servizi di prevenzione e il capitale sociale di supporto alle famiglie. L'*home visiting* ovviamente non si focalizza solo sulla prevenzione del maltrattamento e della trascuratezza; tuttavia, i servizi che sono offerti, come il supporto sociale, i riferimenti della rete territoriale, il sostegno genitoriale, le informazioni sulla salute, i materiali educazionali, possono aiutare anche a prevenire il maltrattamento[132]. La prevenzione, infatti, va intesa come un potenziamento dei fattori di protezione piuttosto che riduzione dei rischi, pertanto risulta necessario identificare tutti quei processi che possono incidere sull'incremento della resilienza non solo a livello individuale, ma anche a livello familiare e comunitario.

Nota del gruppo redazionale

Per raccogliere e illustrare sinteticamente gli interventi di prevenzione del maltrattamento si è deciso di rappresentarli mediante alcune **tabelle** e suddividerli sulla base del **livello di intervento** (sociale e di comunità/relazionale/individuale) e dello **stadio di sviluppo** del/della bambino/a.

Nelle tabelle di sintesi, di seguito riportate, è stata utilizzata la seguente suddivisione degli stadi di sviluppo del/della bambino/a:

- prenatale e perinatale (<0 - fino a 1 anno)
- prima infanzia (1-3 anni)
- infanzia (3-11 anni)
- preadolescenza-adolescenza (11-17 anni)

Le tabelle di sintesi (Tabelle VII-X) infine raccolgono gli interventi e gli strumenti di prevenzione primaria e secondaria, considerati efficaci sulla base delle evidenze scientifiche[133] e delle buone pratiche[134] attuate a livello locale nella regione Emilia-Romagna.

Per ulteriori approfondimenti sull'**efficacia degli interventi** si faccia riferimento all'**Allegato 7** *Efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento delle persone di minore età: una review delle reviews sistematiche*. Scopo della revisione, illustrata nell'allegato 7, è identificare le revisioni sistematiche che abbiano preso in considerazione le evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria nel maltrattamento e/o violenza su persone di minore età e le loro conseguenze. In essa gli autori e le autrici del quaderno hanno riportato una descrizione più dettagliata delle revisioni, incluse e categorizzate per tipologia di intervento e setting.

[131] Quaderno n.3 "*Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel trattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori*" della presente Collana, edizione luglio 2020.
[132] Cirillo G., (2018), *Le linee guida per gli interventi di Home Visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia*, Quaderni acp, www.quaderniacp.it, n.2
[133] Vedi Allegati 7 e 8
[134] Vedi paragrafo 2.6

Tabella VII[a]: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia PRENATALE E PERINATALE

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Prenatale e perinatale (<0 - fino a 1 anno)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
Livello sociale e di comunità	Valorizzazione e sostegno della genitorialità in ambito sociale, economico e lavorativo **(20)** Collegamento (lavoro in rete) tra i servizi Invio alle famiglie *baby news-letters* (guide anticipatorie) **(11)** Sostegno del ruolo paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a	Programmi d'intervento comunitari **(2)**, uso dei media per fornire modelli positivi di pratica genitoriale - Baby news-letters (guide anticipatorie) - Campagna prev. *Shaken Baby Syndrome* **(21)**		
Livello Relazionale	- Aumentare le competenze dei futuri e neogenitori - Stile educativo	- Corsi di preparazione al parto - Gruppo di auto mutuo aiuto in gravidanza e nel post parto, sostegno allattamento - Gruppo di auto mutuo aiuto per i padri ("cerchio dei padri") con presenza di professionisti/e di area sanitaria (psicologi e psico-terapeuti già genitori, maschio / femmina a mimare la coppia) **(19)**	Formazione e sostegno dei genitori di neonate/i sottopeso e/o pretermine e/o con malattie croniche e disabilità	Gruppi di sostegno alla genitorialità fragile (*circle of security*)
Livello Individuale	- Promozione e sostegno del "pelle a pelle" con il papà **(9)** - Promozione e sostegno del "pelle a pelle" con la mamma **(18)** - Promozione della presenza paterna in sala operatoria durante il taglio cesareo se adeguatamente preparati e in casi selezionati - Promozione dell'accudimento paterno **(10)** - *Home visiting* a tutte le puerpere **(14), (15)** entro il primo mese di vita del bambino/a (possibilmente con PIS , ostetrica, assistente sanitaria ed educatrice) **(13)** - Inserimento precoce al nido nelle famiglie multiproblematiche a rischio (madri adolescenti, sole, a basso reddito e scolarità) - Distribuzione materiale divulgativo "*Shaken Baby Syndrome*"	- Screening violenza domestica in gravidanza e nel post-parto - Screening del disagio psichico in gravidanza e nel post-parto (madre e padre) - Dimissione appropriata del neonato e della madre (profilo assistenziale per entrambi e appuntamento predefinito con PIS e ostetrica Dimissione Neonato/a a prevalente componente sociale. Raccordo con il territorio (assistente sociale, ostetrica, assistente sanitaria) Rientrano nel gruppo di donne con prevalenti problematiche sociali: nomadi o migranti in situazioni di irregolarità, coppie e famiglie con pregresso abbandono o allontanamento o grave trascuratezza di minorenni, madri minorenni, donne con difficoltà di assunzione del ruolo materno, donne/coppie e famiglie con grave precarietà abitative. Possono essere connesse alle problematiche di tipo sociale anche situazioni di: tossicodipendenza, patologie psichiatriche, disabilità. **(17)** - Auto-mutuo aiuto con mamme/donne tutor volontarie **(12)**	- Rilevazione precoce e presa in carico di donne/uomini con problemi di dipendenza - Interventi di sostegno alla genitorialità in famiglie con genitori in carico alla salute mentale o con individuazione di episodi di violenza domestica/maltrattamento e abuso su figli/e più grandi - *Home visiting* alle famiglie e alle donne selezionate **(7)** entro il primo mese di vita (possibilmente con PIS, ostetrica, assistente sanitaria ed educatrice) - Rilevazione precoce della violenza domestica e M/A intra-famigliare (formazione MMG e PLS) **(4)** - Griglie di rilevazione precoce/Segnali di Alert nei PS: *Escape form* - Fratture ad alto sospetto - Lesioni cutanee (ecchimosi e ustioni) ad alto sospetto	

[a] **Nota:** Tra parentesi è indicato il **numero** della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportato nell'**Allegato 8**.

Legenda:
- PIS = Pediatra di libera Scelta
- PS = Pronto Soccorso
- MMG = Medico di Medicina Generale

Tabella VIII[b]: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia PRIMA INFANZIA

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Prima infanzia (1-3 anni)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
Livello sociale e di comunità	- Valorizzazione e sostegno della genitorialità in ambito sociale, economico e lavorativo - Formazione personale sanitario, scolastico e assistente sociale per aumentare le competenze per individuare precocemente le situazioni familiari a rischio **(4)** - Attivazione di competenze rispetto ai temi della prevenzione e cura dell'abuso su minorenni per gli istituti di formazione superiore e le università, visto il coinvolgimento di molte discipline e professioni, da quella giuridica a quella medica, nella tutela	Programmi di coordinamento tra i vari servizi di prevenzione **(3)**	- Formazione per pediatri/e **(8)/** operatori/trici Servizi sanitari/psicologi per aumentare le competenze di rilevamento dei segni fisici e psicologici che esprimano richiesta di aiuto in bambini/e con disabilità e difficoltà estreme di comunicazione **(5)**	
Livello Relazionale	- Aumentare le competenze dei genitori - Sostegno del ruolo paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a **(19)**			- Gruppi di sostegno alla genitorialità fragile (*circle of security*) - Programma di visite domiciliari in famiglie con problemi di povertà grave, abuso di sostanze o problemi di salute mentale di un genitore **(6)**
Livello Individuale	- Svolgere interventi di *Home visiting* su situazioni selezionate **(1)** - Inserire precocemente al nido i/le figli/e di famiglie multiproblematiche a rischio **(16)**		- Interventi di sostegno alla genitorialità in famiglie con genitori in carico alla salute mentale o con individuazione di episodi di violenza domestica/ maltrattamento e abuso su figli/e più grandi - Griglie di rilevazione precoce/segnali di alert nei PS: *Escape form* - fratture ad alto sospetto - lesioni cutanee (ecchimosi e ustioni) ad alto sospetto	

[b] **Nota:** Tra parentesi è indicato il **numero** della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportato nell'**Allegato 8**.

Legenda:

- PS = Pronto Soccorso

Tabella IX[c]: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia INFANZIA

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Infanzia (3-11 anni)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
Livello sociale e di comunità	- Promuovere strategie di sanità pubblica - Programmi formativi o per operatori/trici ed insegnanti sulla promozione delle *life skills* **(3.b e 6)** - Collaborazione della scuola con Università e con i Servizi socio-sanitari del territorio - Figura di psicologo/a a livello scolastico per determinare/ individuare precoci casi di abuso **(11)**	- Campagne pubblicitarie di sensibilizzazione per la denuncia dell'abuso sessuale su persone di minore età **(5.a)**	- Presenza di équipe psicopedagogica in ogni contesto scolastico	
Livello Relazionale	- Aumentare le competenze dei genitori e dei/delle ragazzi/e (scuola) - Educazione alla non violenza (scuola) - Educare emotivamente all'empatia gli/le operatori/ trici (assistenti sociali e insegnanti) che si relazionano con minorenni vittime di abuso sessuale (**13**)	- Programmi di promozione delle *life skills* (autoprotezione) **(3.b e 6)** -*Triple P parenting program*, programma formativo per genitori suddiviso in livelli di diversa specificità in base alla necessità **(5.a)**	- Innovazione delle pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti per ridurre il rischio di allontanamento di bambini/e dal nucleo familiare d'origine (Progetto PIPPI) **(10)** - Intervento educativo familiare	
Livello Individuale	- Avvicinare bambini/e ai temi di proprietà del corpo, identificazione di potenziali situazioni inappropriate, tramite giochi, spettacoli, teatro e altre attività creative **(3)** - Formare bambini/e di 8-9 aa. sulla capacità di riconoscere e raccontare un abuso **(8)** - Svolgere lezioni e incontri per alunni/e delle scuole primarie, gestiti da facilitatori formati e da insegnanti, per la prevenzione dell'abuso sessuale (**7**)	- Interventi a scuola **(5.b)**	- Rilevazione precoce della violenza domestica e M/A intra-famigliare (formazione MMG e PLS) **(4)** Griglie di rilevazione precoce/Segnali di Alert nei PS: *Escape form* - Fratture ad alto sospetto - Lesioni cutanee (ecchimosi e ustioni) ad alto sospetto	

[c] **Nota:** Tra parentesi è indicato il **numero** della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportato nell'**Allegato 9**.

Legenda:
- PlS = Pediatra di libera Scelta
- PS = Pronto Soccorso
- MMG = Medico di Medicina Generale

Tabella X[b]: Prevenzione primaria e secondaria nella fascia PREADOLESCENZA E ADOLESCENZA

Livello intervento/ Stadio di sviluppo	Preadolescenza e adolescenza (11-17 anni)			
	Prevenzione PRIMARIA		Prevenzione SECONDARIA	
	Azioni	Strumenti	Azioni	Strumenti
Livello sociale e di comunità	- Valorizzazione e sostegno della genitorialità in ambito sociale, economico e lavorativo Promozione del coinvolgimento paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a per i suoi effetti positivi a lungo termine **(9)** - Costruzione di processi di partecipazione di persone di minori età come strumento di prevenzione del maltrattamento (compreso il maltrattamento istituzionale quale violazione dei diritti umani fondamentali dei minorenni inseriti in strutture residenziali)		- Presenza di équipe psicopedagogica in ogni contesto scolastico	
Livello Relazionale	- Interventi volti a favorire lo sviluppo delle abilità personali indispensabili per muoversi adeguatamente nelle relazioni con le altre persone: le competenze psicosociali (CPS) o *Life Skills* - Programmi di psicoeducazione sull'aggressività per insegnanti e studenti delle scuole superiori - Programmi scolastici che coprono temi come la proprietà del corpo e i comportamenti adeguati per difenderlo - Modelli di apprendimento tra pari sulla violenza di genere **(1)** Sostegno del ruolo paterno nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a **(9)**	- Modello di apprendimento tra pari: progetto "*Life Skills*", progetti di "educazione socio-affettiva", "educazione emotiva". - Sessioni di discussione, giochi di ruolo e teatro, elaborazione di protocolli da utilizzare nei casi di violenza a scuola, con particolare attenzione alla segnalazione agli/alle insegnanti, come fattore di protezione e mezzo per l'individuazione precoce della violenza e per la prevenzione della stessa. - Libri, fumetti, drammi teatrali, spettacoli di burattini, film, conferenze e discussioni, singoli o in combinazione; approcci puramente didattici, approcci comportamentali, partecipazione attiva di studenti a giochi di ruolo, alle prove o alla pratica di nuove abilità di autoprotezione.	- Programmi scolastici di psicoeducazione focalizzati sullo sviluppo di abilità relazionali sane - Consultazione breve di tipo educativo da parte di infermieri/e scolastici/che, adeguatamente formati sulle relazioni di abuso in adolescenza - Programmi che aiutino a promuovere strategie di risoluzione positiva dei conflitti genitoriali	
Livello Individuale	- Formazione di bambini/e attraverso programmi scolastici, tra cui: educazione alla sicurezza personale (cultura auto tutela); comportamenti protettivi; sicurezza del proprio corpo; prevenzione della violenza da parte di bambine/i ed educazione alla protezione di minorenni **(3.A e 3.B)**	- Programma educazionale per bambine per la prevenzione dell'abuso sessuale **(2)** - Programmi mirati ad accogliere la richiesta d'aiuto da parte di famiglie con difficoltà socio-economiche e/o sanitarie **(8)** - Programma di prevenzione del maltrattamento domestico attraverso la somministrazione di questionari a livello scolastico (13-14 anni) **(12)**	- Interventi di supporto per bambine e adolescenti abusate per evitare che diventino abusanti; intervento educazionale su bambine-ragazze **(2)**	

[b] **Nota:** Tra parentesi è indicato il **numero** della voce bibliografica/buona prassi di riferimento riportata nell'**Allegato 9**.

2.3 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'area prenatale, perinatale e prima infanzia (fascia < 0-3 anni)

A partire quindi dalle azioni e dagli strumenti, sintetizzati nelle tabelle precedenti (Tabelle VII e VIII), si riportano di seguito gli approfondimenti su alcuni interventi di prevenzione primaria e secondaria, considerati efficaci sulla base delle evidenze scientifiche e delle buone pratiche attuate a livello locale nella fascia < 0-3 anni[135].

2.3.1 Interventi[136]

L'efficacia delle visite domiciliari nella promozione della salute, nella riduzione delle disuguaglianze e la capacità di influire sui determinanti di salute, insieme alla dimostrata efficacia della precocità degli interventi (entro i primi mille giorni di vita), costituiscono raccomandazioni forti da parte delle agenzie internazionali, di esperti in salute pubblica e di associazioni pediatriche.

È tuttora aperto il dibattito sulle **modalità organizzative** con cui pianificare l'intervento: dal modello *universale*, visita a tutte le mamme e i/le neonati/e, piuttosto impegnativa dal punto di vista delle risorse; al modello *selettivo*, visita alle categorie a rischio, con la difficoltà intrinseca di definizione del rischio, e con l'evidenza che le difficoltà non si limitano alle categorie identificate a rischio; fino al modello *progressivo*, cioè ad intensità variabile, con un primo contatto che può essere seguito da altre visite in base alle necessità della mamma e del/della neonato/a.

Azioni a sostegno di una genitorialità in condizione di fragilità[137]

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei/delle bambini/e, quali nidi e scuole per l'infanzia, Servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente.

Approcci che si basano su modalità di *counseling* (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc.) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, *home visiting*[138], ecc.) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie[139], della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di *home visiting* o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori[140] sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei/nelle bambini/e, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del/della bambino/a e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre e/o del padre, prevenire episodi di negligenza, trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.

L'*home visiting*[141,142] in particolare rientra, fra gli strumenti enucleati dall'OMS[143], nell'ambito delle strategie di tipo relazionale.

---

[135] Vedi nota 12

[136] Brunelli A. *et al.*, (2018), *Visite Domiciliari ai neonati e alle mamme nell'ambito territoriale di Cesena. Analisi di 25 anni di storia,* Quaderni acp www.quaderniacp.it, 5 [2018]. Vedi anche Allegato 11.

[137] Vedi scheda attuativa d'intervento n. 15, Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-19 (D.G.R. 1423/2017) https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/2017/schede-attuative-d2019intervento-piano-sociale-e-sanitario-dell2019emilia-romagna-2017-2019

[138] http://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/

[139] Vedi Allegato 3

[140] Cit."I programmi *home-based* sono efficaci, ma molto più costosi in termini di impegno di personale dei programmi **center-based** dove le famiglie sono coinvolte in attività svolte prevalentemente presso una sede, e possono essere utilmente connessi a questi ultimi come componente rivolta a raggiungere famiglie altrimenti non raggiungibili o per fornire servizi aggiuntivi, altamente individualizzati. Ma va ricordato che programmi unicamente basati sulle visite domiciliari perdono l'opportunità di creare situazioni di conoscenza, rinforzo e supporto reciproco tra genitori e favorire lo stabilirsi di reti sociali e legami di amicizia, che sono funzionali al risultato. Gli approcci universalistici, dove tutte le famiglie residenti sono coinvolte, sia pure focalizzati su aree caratterizzate da maggior prevalenza di fattori di rischio, hanno diversi vantaggi, sia dal punto di vista dei principi di equità e non discriminazione sia dal punto di vista dell'eterogeneità sociale che si viene a creare nei gruppi di genitori e che, entro certi limiti, è un elemento che può favorire una dinamica di apprendimento più vivace e positiva." (da Tamburlini G. *L'ambiente familiare di apprendimento*, *2° parte* Medico e Bambino 2020;39:167-176).

[141] http://cismai.it/linee-guida-per-gli-interventi-di-home-visiting/

[142] Vedi "*Prevenzione primaria-Home visiting*", Allegato 7, Review delle reviews sistematiche.

[143] OMS, *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence,* 2006.

Il punto appare dirimente: è infatti soprattutto nella relazione che si costruisce l'identità della persona e la prima relazione significativa è quella con i genitori. Facilitare l'instaurarsi di una relazione sana, consapevole, positiva tra genitori e figli/e è il miglior servizio che si possa offrire per garantire il benessere e una crescita serena dei più piccoli, all'interno del loro contesto di riferimento. L'obiettivo principale dell'intervento di *home visiting* è il rafforzamento delle capacità genitoriali. Esso può essere declinato secondo approcci e modalità diverse, con finalità di supporto generali o improntate a obiettivi peculiari. È uno strumento che si inserisce nell'alveo delle politiche di sostegno alla genitorialità fragile[144].

Allo scopo di contrastare le problematiche sociali e di salute emergenti e le diseguaglianze l'UNICEF ha messo le visite domiciliari al centro della propria azione sviluppando linee guida e fornendo supporto ai Paesi per rivedere o rilanciare i programmi di visite domiciliari.

I programmi di visite domiciliari per donne in gravidanza e bambini/e nei primi anni hanno una corposa base di evidenze di efficacia e costo/efficacia - in particolare, ma non esclusivamente, per gruppi e famiglie a rischio - e sono raccomandati da agenzie internazionali e associazioni professionali, anche pediatriche.

Il modello raccomandato è quello universale progressivo[145], che combina un limitato numero di visite pre e postnatali per tutti/e, con interventi più frequenti e complessi definiti in base all'indicazione dei servizi, ai bisogni e ai problemi emersi durante le visite.

La visita domiciliare richiede un alto livello di professionalità, da assicurarsi tramite una buona dose curricolare a cui affiancare moduli specialistici per coprire le diverse competenze richieste, e un'organizzazione che consenta il lavoro in collaborazione con gli altri Servizi e operatori/trici, sia del sistema sanitario sia eventualmente di quello sociale e educativo.

L'implementazione di tale modello in Italia va adattata ai contesti locali e va attuata con un approccio sperimentale che consenta di individuarne le modalità e le condizioni di attuazione più efficaci ed efficienti[146].

Altre tipologie di interventi considerati efficaci nella prevenzione sono:

- l'applicazione di una **guida metodologica** per identificazione precoce dei comportamenti e dei sintomi che possono far supporre una situazione di insufficienza nelle cure[147]
- l'applicazione del **Well Baby Plus Program**[148] (*home visiting*, osservazione, questionari visita pediatrica) su famiglie con condizioni socioeconomiche scarse, consente di ottenere benefici sulla salute dei/delle bambini/e sul supporto della genitorialità e successiva prevenzione di abuso e incuria
- interventi domiciliari che prestino attenzione a violenza intraparentale (IPV) e alla sua misurazione prima e dopo l'intervento, soprattutto per la prevenzione della violenza assistita e delle conseguenze sullo sviluppo emotivo e comportamentale nel/nella bambino/a[149].

Raccomandazione: Promuovere il sostegno ai genitori, gli stili educativi corretti già all'inizio dell'esperienza genitoriale[150], la costruzione di una buona relazione con figli/e, in particolare: promuovere uno stile educativo incoraggiante e propositivo (incoraggiare ad imparare anziché chiedere di ubbidire, essere genitori sensibili anziché intrusivi, promuovere l'indipendenza anziché esercitare il controllo[151]).

Agire sulle variabili modificabili che possano migliorare il futuro e mantenere gli effetti a lungo termine.

I programmi di promozione delle *life skills* (competenze psicosociali) sono più efficaci di quelli dedicati esclusivamente alla prevenzione dell'abuso, e lo sono di più quando coinvolgono insegnanti e genitori.

---

[144] Vedi nota 137.

[145] Babayeva B. *et al.*, *Universal progressive model of home-visiting for pregnant women and young children at the primary health care level: Methodical recommendations for implementation in primary health care organizations*, -UNICEF, Astana, 2018

[146] Vedi Allegato 13

[147] Akehurst R., (2015), *Child neglect identification: The health visitor's role*, Community Pract 88(11): 38-42.

[148] Rushton F. E. *et al.*, (2015), *Enhancing child safety and well-being through pediatric group well-child care and home visitation: The Well Baby Plus Program,* Child Abuse Negl 41: 182-189.

[149] Prosman G. J. *et al.*, (2015), *Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review,* Fam Pract 32(3): 247-256.

[150] Tamburini G., *Interventi precoci per lo sviluppo del bambino*, Medico e Bambino, 4/2014, p. 2-9.

[151] Durrant J. *et al.*, *Parents' views of the relevance of a violence prevention program in high, medium, and low human development contexts*, 2017, International Journal of Behavioral Development, vedi anche paragrafo 1.4.1.

Le istituzioni politiche sanitarie e scolastiche, le comunità dovrebbero inserire queste conoscenze all'interno dei programmi formativi.

2.3.2 Strumenti di screening

a) Questionario IPARAN

Uno studio[152], condotto in Olanda dalle Università di Amsterdam e di Leiden nel 2017, ha analizzato l'utilità del **questionario IPARAN**[153] (*Instrument for Identification of Parents at Risk for Child Abuse and Neglect*) come screening per identificare al parto le famiglie ad alto rischio di maltrattamento infantile.

Il questionario è stato sottoposto ad entrambi i genitori (autocompilazione). A questo si aggiunge la valutazione clinica dell'infermiera/e che si è occupata del/della neonato/a e della famiglia durante il ricovero, posta come: "*Hai preoccupazioni riguardo a questa famiglia?*" con risposta: sì/no.

È stato poi ripreso ed analizzato in occasione della visita domiciliare standard intorno al 14° giorno di vita.

Le famiglie considerate a rischio sono state seguite in follow-up per I successivi 18 mesi con visite domiciliari (*Supportive Parenting Intervention*).

Nonostante il valore predittivo non sia risultato statisticamente sufficiente per utilizzare il questionario come test di screening, unito alla valutazione clinica delle/degli operatrici/tori del punto nascita può risultare uno strumento utile per **identificare le situazioni e i problemi che precedono il maltrattamento all'infanzia**.

b) Strumento INTOVIAN[154,155]

È uno strumento di screening per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche già accertate di abuso e trascuratezza nei confronti di bambini/e e neonati/e, incluse le specificità che riguardano determinati gruppi (fascia d'età 0-3 anni). Lo strumento è consigliato per i/le sanitari/e durante la prima visita del/della neonato/a, ma anche per i /le professionisti/e di area sociale che operano nel settore delle cure primarie.

L'obiettivo è quello di stabilire un semplice sistema di individuazione per quanto riguarda l'abuso, la trascuratezza o i modelli relazionali maltrattanti, attraverso la distinzione tra due ampie categorie: 1) sospetto di abuso e trascuratezza o modelli relazionali maltrattanti che indicano la necessità di un intervento o di ulteriori valutazioni o prove e 2) l'esclusione del maltrattamento.

c) Practicing Safety

Un recente articolo di Chung e altri[156] riporta l'esperienza di un lavoro in équipe multiprofessionale costituita da medici, assistenti sociali, infermieri case manager e data manager, amministrativi e rappresentante dei pazienti, presso un ambulatorio di cure primarie, sulla introduzione della valutazione del rischio e sullo screening di maltrattamento e abuso nella attività quotidiana. Allo scopo è stato adattato il materiale del *Practicing Safety* su piattaforma informatica, per indagare su sei domini: pianto del/della bambino/a (1-2 mesi di età), stato emozionale della madre (con EPDS a 1-2 mesi), sviluppo (a 9, 18 e 24 mesi con PEDS, *Parent Evaluation of Developemental Screening*), disciplina (a 6 e 9 mesi), temperamento collerico (a 18 e 24 mesi), abitudine al vasino (18 e 24 mesi). L'utilizzo di tale strumento si è mostrato molto utile nell'aumentare la rilevazione degli items e l'attenzione al tema.

---

[152] van der Put C.E. *et al.*, *Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)*, Child Abuse & Neglect ,70 (2017), pp 160–168.

[153] Vedi Allegato 14

[154] http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3562598.pdf Lo "Strumento Intovian", si compone di una lista di controllo di cinque elementi che trattano i fattori di rischio per la violenza fisica e/o psicologica, la trascuratezza e i modelli relazionali disfunzionali o di abuso tra il bambino/neonato e la persona che lo accudisce. Vedi Allegato 15.

[155] Il Progetto Europeo Intovian, avviato alla fine del 2012 e concluso nel 2015, si poneva l'obiettivo di migliorare l'efficacia dei servizi sanitari europei nella prevenzione e diagnosi precoce di abuso e trascuratezza nei bambini e neonati. In questa direzione ha sviluppato uno strumento di screening, con una specificità di interesse rispetto alla presente indagine in quanto focalizzato in particolare sulla fascia di età 0-3 anni.

[156] Chung E.K. *et al.*, *Child abuse and neglected Risk assessement: quality improvement in primary care setting*, Accademic Pediatrics, 19, issue 2, p227-235, 2019.

56

2.3.3 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie

Dalle evidenze scientifiche e dal monitoraggio delle buone prassi raccolte e descritte nei piani di zona 2017-19 della Regione Emilia-Romagna si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi Servizi/Enti/Agenzie per gli interventi nella fascia <0-1 anno e nella prima infanzia (1-3 anni).

Istituzioni

Gli investimenti nello sviluppo della prima infanzia hanno mostrato rendimenti positivi, tra cui miglioramenti nella salute mentale, nella salute fisica e nel rendimento scolastico, nonché tassi più bassi di comportamenti violenti, dipendenza e povertà.

Secondo il documento "*Nurturing care*[157]" dell'OMS del 2018, l'obiettivo è quello di avere un impatto duraturo sullo sviluppo infantile precoce, attraverso un impegno politico, lo sviluppo di *policies* e investimenti appropriati. Per ottenere questi risultati sono necessarie delle strategie quali:

1. stabilire un meccanismo di coordinamento multisettoriale di alto livello, che abbia un suo budget e l'autorizzazione ufficiale per coordinare i diversi settori e attori
2. valutare l'attuale situazione e identificare le opportunità esistenti nei e tra i diversi settori per rafforzare le azioni a supporto della *nurturing care*
3. sviluppare una *vision* comune, fissare obiettivi e risultati attesi, preparare un piano d'azione coordinato e supportarla con una *policy* nazionale integrata sullo sviluppo infantile precoce
4. assegnare ruoli e responsabilità chiari per l'implementazione del piano nazionale, a tutti i livelli di governo e dare alle autorità subnazionali e locali i mezzi per agire
5. preparare una strategia di finanziamento a lungo termine. Questa dovrebbe basarsi su tutte le fonti di finanziamento disponibili a supporto delle diverse componenti della *nurturing care*
6. programmi di supporto e assistenza per i servizi educativi, ai fini di evitare *burn-out* che si può esplicitare in condotte violente nei confronti di minorenni.

Per un approfondimento si rimanda alla tabella[158] "Leggi, politiche e interventi per creare ambienti favorevoli" (Allegato 16). Nella tabella vengono descritti i servizi e gli interventi che riguardano le cinque componenti della *Nurturing care* e una selezione degli obiettivi definiti a livello globale, assieme alle relative leggi e politiche. Tutto questo illustra come i differenti fattori interagiscono per costruire ambienti favorevoli.

Servizio sanitario

Si raccomanda di:

1. prendere contatto con famiglie a rischio[159]
2. prevedere e svolgere interventi di home visiting (rivalutazione visita domiciliare neonatale, programmi strutturati di home visiting con altre figure professionali)
3. fare formazione sulla genitorialità alle neo famiglie per conoscere e gestire gli stati comportamentali del/della bambino/a che possono scatenare la violenza (pianto prolungato, comportamento oppositivo, rifiuto cibo, coliche ecc.)
4. promuovere l'uso di guide anticipatorie[160], stilate dal/dalla pediatra[161], per dare competenza e sicurezza (conoscenza tappe sviluppo ecc.) determina:

---

[157] www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en

[158] Tabella estratta da "*La Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce*" traduzione italiana http://www.csbonlus.org/materiali-operatori.html

[159] Vedi paragrafo 1.4.2

[160] Vedi Allegato 17

[161] I/le pediatri/e (Allegato 18), giocando un ruolo fondamentale nel promuovere il benessere del/della bambino/a e aiutando i genitori a farli crescere bene, possono avere un ruolo altrettanto importante nella prevenzione del maltrattamento dei bambini. I/Le pediatri/e hanno contatti con le famiglie soprattutto durante i cambiamenti e i momenti di stress (per esempio quando il/la bambino/a è ammalato/a), per cui possono, più facilmente di altri, "familiarizzare" con i fattori di stress e di forza di quella data famiglia. I/Le pediatri/e, inoltre, sono spesso connessi con le risorse comunitarie che hanno come priorità il *welfare* del/della bambino/a e della famiglia. La letteratura mostra come i genitori vedano i/le pediatri/e come consiglieri e consulenti: i/le pediatri/e, a loro volta, accettano questo ruolo con funzione anche di prevenzione del maltrattamento sia attraverso l'applicazione di guide anticipatorie sia di osservazione di eventuali problemi dei genitori durante le visite dei bilanci di salute del/della figlio/a. In particolare il/la pediatra deve prolungare il tempo del colloquio con la famiglia se rileva/sospetta che sia compromessa l'abilità della famiglia ad allevare/proteggere il/la bambino/a. Se la situazione si rilevasse più complicata e non fosse quindi in grado di risolverla con un colloquio, il/la pediatra può richiedere l'invio della famiglia a un servizio comunitario per il sostegno genitoriale o per un intervento contro la violenza fa miliare. Se c'è un dubbio significativo circa la sicurezza del/della bambino/a, la capacità dei genitori di proteggerlo/a, o se si sospetta un maltrattamento, il/la pediatra deve contattare i servizi sociali territoriali che concorreranno alla tutela del/della bambino/a.

- aumento attaccamento fra i membri famiglia
- aumento resilienza emotiva dei genitori
- aumento connessioni sociali dei genitori

5. fare formazione specifica per i/le professionisti/e (sanitari/e territoriali e ospedalieri compresi quelli che afferiscono ai servizi di emergenza/urgenza es. pronto soccorso pediatrico)
6. prevedere protocolli condivisi
7. fare partecipare operatori/trici afferenti alle aree dei Servizi sociali e sanitari a progetti formativi finalizzati a promuovere il rispetto delle differenze e il contrasto alla violenza di genere e assistita, e acquisire competenze nell'accoglienza di donne e bambini/e vittime di violenza e sugli interventi per uomini autori di violenza.

In caso di **formazione** a **medici di medicina generale o pediatri/e di libera scelta:** l'intervento di prevenzione all'abuso infantile si esplica attraverso il miglioramento delle competenze e del ruolo del "medico di famiglia"[162], valutando, mediante interviste la percezione di questi/e professioniste/i dei fattori di rischio, le loro esperienze, le difficoltà incontrate nei casi di sospetto abuso, i loro sentimenti riguardo al ruolo nella cura di potenziali vittime[163].

Le violenze interpersonali compiute in ambiente familiare si caratterizzano per la recidiva: eventi sentinella riconosciuti nei Pronto Soccorso possono essere utilizzati per l'individuazione dei soggetti e delle situazioni familiari a maggior rischio. Procedure di screening (o di *clinical finding*) attuate in luoghi di cura o di assistenza sanitaria o sociale favoriscono il riconoscimento delle violenze non denunciate.

Raccomandazione: Per individuare gli alti rischi, nei Servizi sanitari di primo accesso (es. Pronto Soccorso, "Guardia Medica", ecc.) si raccomanda di applicare una check list di screening (di prima selezione, es. ESCAPE FORM, modificata, come raccomandato in REVAMP[164]).

Strumento ESCAPE FORM[165]: proposto come screening sistematico per il maltrattamento/abuso su persone di minori età nei Dipartimenti di emergenza/urgenza dopo apposito training del personale infermieristico, è stato validato nel 2012 quando si è dimostrato in grado di aumentare di 5 volte la capacità di intercettare le sospette vittime di maltrattamento/abuso in un'ampia casistica (0.5% nei soggetti sottoposti a screening vs 0.1% negli altri, P <.001).

Raccoglie alcune delle raccomandazioni più comuni presenti in letteratura, comprese le Linee di indirizzo regionali (DGR n.1677/2013), e consiste in sei domande (Tabella XI) che il sanitario si deve porre, e a cui deve rispondere per iscritto, che consentono di allertare la sua attenzione nei singoli casi, riducendo la discrezionalità di valutazione attraverso una prima selezione delle potenziali vittime di violenza. Il Progetto REVAMP propone di applicare la *checklist* a tutti gli accessi in PS di persone <18 anni in caso di trauma e/o presenza di ecchimosi, alterazioni dello stato di coscienza, sintomatologia neuro-psichiatrica, dolori addominali ricorrenti, disurie, avvelenamenti e lo raccomanda anche, previo adattamento, per le persone >18 anni.

Tabella XI. ESCAPE FORM

1	Il racconto dell'evento è coerente?	SÌ	NO[a]
2	Vi è stato un ritardo ingiustificato nel rivolgersi al Servizio sanitario?	SÌ[a]	NO
3	Il meccanismo che ha provocato la lesione è coerente con il livello di sviluppo del/della bambino/a?	SÌ	NO[a]
4	Il comportamento del/della bambino/a e degli adulti che lo accompagnano e la loro interazione sono appropriati?	SÌ	NO[a]
5	I rilievi dell'esame fisico completo (testa/piedi) sono coerenti con il racconto dell'evento traumatico?	SÌ	NO[a]
6	Vi sono altri segnali che ti fanno dubitare sulla sicurezza del/della bambino/a o di altri membri della famiglia? Se sì, specificare _____	SÌ[a]	NO

Legenda: La presenza di almeno una risposta contrassegnata con la lettera "a" (in apice) determina la necessità di approfondimento attraverso la ricerca di eventuali altri indici di sospetto. In caso contrario seguire i protocolli utilizzati di routine.

[162] Programma "Corso di formazione specifica in Medicina generale", regione Emilia-Romagna [vedi paragrafo 2.7 punto f)]

[163] Regnaut O. *et al.*, *Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study*, BMC Res Notes (2015) 8: 620.

[164] REVAMP - Controllo e risposta alla violenza su persone vulnerabili: la donna e il bambino, modelli d'intervento nelle reti ospedaliere e nei servizi socio-sanitari in una prospettiva europea – CCM 2014. in http://www.ccm-centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie-progetto.

[165] Louwers E.C. *et al.*, *Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments*. Pediatrics. 2012 Sep;130(3):457-64. doi: 10.1542/peds.2011-3527. Epub 2012 Aug 27.

In caso di persone di minore età devono essere evitate domande "suggestive"; il personale si deve limitare a raccogliere e annotare eventuali dichiarazioni spontanee ("*il/la minorenne riferisce...*")[166].

Nell'affrontare l'iter diagnostico delle manifestazioni cliniche presentate dalla persona di minore età (fratture, sintomi neurologici, lesioni cutanee e mucose, ecc.), sono stati predisposti appositi strumenti di supporto al professionista sanitario per una corretta diagnosi e diagnosi differenziale che appartengono alla presente Collana: "Quaderno 2. Fratture e abuso. Raccomandazioni per il percorso diagnostico" e il Quaderno "Lesioni cutanee e mucose provocate da maltrattamento / abuso su persone di minore età. Raccomandazioni per il percorso diagnostico" (di prossima pubblicazione), oltre al "Quaderno 1. Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale", già citato.

Servizio sociale[167]

Si raccomanda di:
- incentivare i rapporti e la comunicazione coi pediatri/e di libera scelta
- svolgere un'analisi accurata delle famiglie e delle capacità genitoriali anche per nuclei familiari giunti all'attenzione per problematiche diverse (ad es. supporto economico)

Servizi educativi rivolti all'infanzia 0-3 anni del sistema integrato regionale[168]

Si raccomanda di:
- promuovere e svolgere formazione aggiornata sul tema della prevenzione del maltrattamento e abuso nell'infanzia
- fornire a insegnanti gli strumenti per individuare precocemente casi sospetti e per essere un buon punto d'ascolto
- favorire l'integrazione scolastica dei bambini migranti

Per i/le professionisti/e che si occupano dei bambini e delle bambine a partire dalla fascia di età 0-3 anni[169] è particolarmente importante conoscere quali sono i segni di uno sviluppo evolutivo "sano" o "patologico" di un/a bambino/a per applicare, quando necessario, un intervento adeguato.

È quindi necessario conoscere:

- gli stadi e le crisi evolutive dello sviluppo "normale"[170]

[166] A questo proposito:
- "Si raccomanda… che venga raccolto il racconto spontaneo del minore documentandolo nel modo più corretto e testuale possibile, evitando l'induzione positiva e negativa, ponendosi il problema di non ri-vittimizzare il minore, evitando in particolare la richiesta di reiterare il racconto del fatto" (da "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso", pag. 42)
- "Il medico di Pronto Soccorso/pediatra ed il medico legale realizzano … la raccolta del racconto, rispettando i seguenti criteri:
  - raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore, separatamente dall'adulto accompagnatore;
  - raccogliere il racconto dell'adulto accompagnatore in assenza del minore;
  - non porre domande dirette sul fatto e sui segni obiettivati, né domande suggestive, evitare domande a risposta chiusa;
  - riportare fedelmente "virgolettate" le parole del minore e dell'adulto".

(Cit. da Quaderno 1. "Maltrattamento e abuso sul minore. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale", pag. 17).

[167] "I Comuni, cui spetta secondo il dettato normativo nazionale e regionale di promuovere e garantire la realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, al fine di dare risposta ai bisogni sociali della popolazione e tra questi in particolare la realizzazione dei "servizi ed interventi di prevenzione, ascolto, sostegno ed accoglienza per minori vittime di abuso, maltrattamento ed abbandono", a seguito del ritiro delle "deleghe" alle Aziende USL, avviata a fine anni '90, hanno nel tempo organizzato i servizi sociali per l'esercizio di questa funzione in maniera differenziata." (Cit. da "Relazione finale della Commissione tecnica per l'individuazione di misure organizzative e procedimentali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine", presa d'atto DGR n.1899/2019, Regione Emilia-Romagna).

[168] Le scuole sono una scelta logica per informare l'infanzia riguardo alle forme di maltrattamento e abuso e alla loro prevenzione, data la loro funzione di educare (Wurtele 2009).

[169] Vedi Allegato 19 estratto da F. Montecchi, C. Bufacchi, "*Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*" (Edizioni Franco Angeli, 2016).

[170] "Lo sviluppo evolutivo è il risultato dell'interazione tra le spinte istintuali innate, l'organismo e l'ambiente. Si usa suddividere questo processo in "stadi" all'interno dei quali ci sono delle "crisi ", ovvero dei momenti di particolare difficoltà e tensione riconoscibile dalla comparsa di sintomi, da considerarsi "normali" poiché destinati a scomparire nel momento in cui l'individuo supera le difficoltà del passaggio evolutivo. Solo nel caso in cui i sintomi persistono e si strutturano in modo rigido e irreversibile, diventano indicativi di uno sviluppo "patologico" che necessita di attenzione e di un eventuale intervento. Il bambino, inoltre, attraversa momenti di passaggio nella sua vita (ad es. l'inizio della scuola, la nascita di un fratello o sorella, la separazione dei genitori, la morte di una persona importante), durante i quali possono evidenziarsi, in modo analogo alle crisi evolutive, la comparsa di sintomi espressione del temporaneo disagio. Le fasi evolutive con le caratteristiche delle relative crisi vengono proposte nella tabella in allegato (Allegato 19). I limiti di età riportati sono convenzionalmente indicativi per necessità didattica, vanno utilizzati in modo orientativo e non rigido. Sono stati evidenziati anche i segnali di disagio/patologici, che si differenziano sostanzialmente da quelli "normali" in quanto "rigidi" e "non

- ciò che differenzia la "normalità" dal "disagio/patologia"
- le caratteristiche del disagio correlato all'abuso.

Terzo settore[171]

Si raccomanda di:
- ottimizzare i ruoli dello staff già operante, mantenendo un'alta qualificazione professionale dei professionisti, degli/delle operatori/trici di prima linea, sia nel periodo di formazione sia se in servizio, e dei/delle volontari/e
- rimanere in rete con gli altri servizi

2.3.4 PREVENZIONE SPECIFICA

2.3.4.1 Prevenzione della violenza in gravidanza

Neppure la gravidanza ferma gli abusi[172], anzi nel 7,5% dei casi è il motivo che provoca l'ira stessa dell'uomo[173]. I dati Istat del 2015, comparati con quelli del 2006, evidenziano come il fenomeno della violenza in gravidanza sia aumentato passando dal 10,2% all'11,8%. Per le donne che l'hanno subita in questo periodo l'intensità della violenza è rimasta costante (57,7%), per il 23,7% è diminuita, per l'11,3% è aumentata e per il 5,9% è iniziata[174].

Nell'anno 2014 presso i Consultori Familiari di 2 distretti dell'AUSL di Modena è stato avviato lo screening per la rilevazione della violenza in gravidanza[175] (con l'idea di estenderlo in prospettiva a tutti i Consultori dell'Azienda USL). L'avvio dello screening è stato preceduto da un intenso programma formativo rivolto ai/alle professionisti/e dei consultori familiari e alle mediatrici linguistico-culturali che vi operano ed ha previsto la collaborazione dei servizi della rete territoriale. Obiettivi dello screening: includere la violenza domestica tra i fattori di rischio per la salute delle donne e dei/delle loro figli/e e dare alla donna, in gravidanza e nel puerperio, la opportunità di uscire dall'isolamento e connetterla con la rete di supporto e aiuto[176]. Lo screening prevede una serie di domande a risposta aperta che cercano di determinare se la donna stia vivendo o sia a rischio di vivere una situazione di violenza nella sua relazione di intimità. I quesiti possono essere posti da un/una ginecologo/a o da una/un ostetrica/o. Studi internazionali hanno messo in evidenza come uno screening effettuato faccia a faccia tra l'operatore/trice sanitario/a e la donna, aumenti notevolmente la possibilità di individuazione della violenza domestica[177].

I/le professionisti/e che introducono questo tipo di screening nella loro pratica clinica, hanno la necessità di una formazione e una sensibilizzazione specifica sul tema, perché occuparsi della violenza in gravidanza attiene al proprio compito di cura e devono saper manifestare disponibilità all'ascolto e apertura alla relazione, offrendo un atteggiamento non giudicante e un giusto spazio di tempo dedicato.

L'ambulatorio deve essere fornito di materiale informativo da consegnare alla donna che contenga i riferimenti e i contatti di servizi/associazioni di supporto presenti sul territorio. I/Le professionisti/e devono co-

---

trasformabili" nel tempo, e che, quindi, richiedono un intervento. Se si tiene conto dello stadio evolutivo del bambino e della crisi che sta attraversando, l'insegnate può comprendere meglio il senso dei segnali presentati dal bambino e quindi:
- considerare normale la presenza di quei sintomi quando corrispondono allo stadio di sviluppo e ai cambiamenti di vita del bambino;
- riconoscere un disagio patologico in presenza di quei sintomi anacronistici rispetto al momento evolutivo e/o sintomi rigidi che interagiscono con la qualità di vita del bambino e tendono a perdurare nel tempo. In questi casi l'insegnante dovrà rinviare la soluzione del problema a figure professionali competenti (neuropsichiatri, psicologi e assistenti sociali)."

(da "*Gli stadi e le crisi evolutive*", estratto da F. Montecchi, C. Bufacchi, "*Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*", Ed. Franco Angeli, 2016).

[171] Il Terzo Settore comprende: sistemi di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazioni di volontariato, centri di aggregazione, centri antiviolenza, ecc.

[172] Dubini V., Curiel P., *La violenza come fattore di rischio in gravidanza*, Risveglio ostetrico, anno I - n. 1/2 – 2004.

[173] Fonte: dati ISTAT 2015, indagine presentata al convegno «La violenza sulle donne: i dati e gli strumenti per la valutazione della violenza di genere», Roma marzo 2017). Altri dati possono essere consultati nella pubblicazione "Bilancio di genere" alle pagine dedicate al Report intermedio di monitoraggio http://parita.regione.emilia-romagna.it/entra-in-regione/pubblicazioni/bilancio-di-genere

[174] Fonte dati: ISTAT 2015 https://www.istat.it/it/files//2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf

[175] Relazioni del convegno "La violenza domestica in gravidanza" Bologna, 25/11/2016, http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/983

[176] Borsari S., Dotti M., Picco P., "*La rilevazione precoce della violenza domestica in gravidanza: l'introduzione di uno strumento di screening nell'assistenza consultoriale*" in M.T. Pedrocco Biancardi, *La prevenzione del maltrattamento all'infanzia,* 2017, Ed. Franco Angeli.

[177] Feder G. *et al.*, (2009), *How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria*, Health Technol. Assess., 13 (iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347).

noscere la procedura specifica per attivare i riferimenti della rete territoriale nelle situazioni complesse o in quelle di emergenza.

La presenza di una rete che funziona sul territorio è in grado di non far sentire da soli/e neppure i/le professionisti/e che affrontano questa difficile problematica all'interno dei Servizi.

Lo screening si pone anche come uno strumento funzionale che può contribuire alla realizzazione di una maggiore sensibilizzazione e promozione territoriale sul fenomeno della violenza, del suo contrasto, della sua prevenzione, innescando anche riflessioni sui livelli della sua accettabilità e tollerabilità all'interno di una data comunità.

2.3.4.2 Riconoscimento e presa in carico del disagio materno perinatale

L'importanza della salute fisica e mentale della donna dovrebbe essere centrale nella cura della maternità. Oltre a influenzare il benessere emotivo e la felicità di una donna, i disturbi mentali perinatali influenzano la sua esperienza di gravidanza e genitorialità, sono associati ad un rischio maggiore di complicanze ostetriche e neonatali e possono profondamente influenzare la capacità di una donna di legarsi al/alla proprio/a bambino/a. La psicopatologia perinatale, pertanto, se non identificata e curata, può comportare gravi conseguenze non solo sulla mamma, ma anche sul/sulla bambino/a, sulla relazione madre-bambino/a e sull'intera famiglia. Studi internazionali riportano l'esistenza di strumenti validati per lo screening, ci dicono che le donne lo accettano di buon grado nel periodo perinatale e sostengono che lo screening permette di identificare un numero di donne decisamente maggiore rispetto alla normale pratica clinica[178].

A differenza di quanto si pensava in passato, le evidenze scientifiche hanno messo in luce che la gravidanza rappresenta per la donna un evento stressante, connotato da marcati cambiamenti (fisici, psichici, ormonali, di ruolo, ecc.) e di conseguenza è un periodo di rischio per la psicopatologia. I tassi di prevalenza della depressione perinatale variano a seconda degli studi e del periodo analizzato (gravidanza o primo anno di vita del/della bambino/a). In gravidanza la percentuale va dal 7,4% al 20%, a seconda degli studi, e nel post-partum la percentuale arriva al 22%[179].

La gravidanza e il periodo che va dalla nascita al primo anno di vita del/della bambino/a sono due dei momenti emotivamente più importanti nella vita di una donna. Per le donne con un problema di salute mentale possono essere particolarmente impegnativi e critici. La diagnosi, il trattamento e gli esiti dei problemi di salute mentale in epoca perinatale presentano distintive specificità. Il riconoscimento della patologia può essere reso più complesso dal mascheramento dei sintomi legati alla difficoltà della madre di esprimere stati d'animo di disagio e sofferenza emotiva per timore dello stigma; le ricadute coinvolgono non solo la donna, ma anche il feto/bambino-a, il partner e il contesto familiare; l'impatto di qualsiasi problema di salute mentale può richiedere un intervento urgente a causa dell'effetto potenziale sul feto/bambino-a, sulla salute fisica della donna e sulla sua capacità di far fronte alle funzioni di cura in ambito familiare (NCC-MH, 2014)[180]. Le conoscenze disponibili documentano l'impatto negativo dei disturbi mentali in gravidanza sugli esiti ostetrici, come l'associazione tra depressione e rischio aumentato di parto pretermine e basso peso alla nascita. I disturbi mentali perinatali della madre si associano inoltre a un rischio aumentato di disturbi psicologici e comportamentali nel/nella bambino/a in età evolutiva e di depressione in adolescenza, che può essere contenuto grazie al tempestivo supporto psicologico e sociale offerto alla madre[181]. È stato rilevato che, nonostante i frequenti contatti della donna con i Servizi sanitari durante la gravidanza e nel periodo postnatale rappresentino un'occasione per individuare le condizioni di disagio psichico e prevenirne gli esiti, non tutte le donne ricevono cure adeguate: nel Regno Unito, questa eventualità è stata rilevata in un quarto dei casi[182].

---

[178] Bramante A., *Screening per la psicopatologia perinatale*, Nòos aggiornamenti in psichiatria, Vol. 24, n. 1 gennaio-aprile 2018, Il Pensiero Scientifico Editore.

[179] Littlewood E., Ali S., Ansell P. *et al.*, *Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edimburgh postnatal depression scale: protocol for the born and bred in Yorkshire: perinatal depression diagnostic accuracy (BBY PaNDA) study.* BMJ open 2016.

[180] NCC-MH - National Collaboration Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2014 https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-193396861

[181] Vedi nota precedente.

[182] Cantwell R., Knight M., Oates M. *et al*., on behalf of the MBRRACE-UK mental health chapter writing group. *Lessons on maternal mental health.* (In: Knight M, Tuffnell D, Kenyon S, et al.: Saving lives, improving mother's care - surveillance of maternal death in the UK 2011–13 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–13. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford 2015; p22-41. https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrrace-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202015.pdf)

Riguardo alla casistica della nostra regione in Emilia-Romagna, negli anni 2008-2015, sono stati rilevati 9 casi di morti materne per suicidio (tre in gravidanza o entro 42 giorni dalla fine della gravidanza, 6 fra 42 e 365 giorni dalla fine della gravidanza). I suicidi hanno rappresentato il 22,5% delle morti materne (precoci e tardive); tra le morti materne tardive, i suicidi (43%) e i tumori (43%) rappresentano insieme la quasi totalità dei casi (Spettoli D. et al, 2018[183]).

La Regione Emilia-Romagna nel 2018 ha aderito al progetto "Misure afferenti alla prevenzione, alla diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum"[184,185]. Obiettivo generale del progetto è la promozione dell'attenzione al disagio psichico perinatale e favorire il precoce riconoscimento, la presa in carico e il follow-up della genitorialità fragile da parte della rete dei Servizi del percorso nascita e delle cure primarie[186].

Tra gli obiettivi specifici implementare i fattori protettivi del benessere psichico mediante azioni di sostegno alle donne a rischio per ridurre l'incidenza e la gravità dei disturbi psichici in epoca perinatale, anche favorendo positive competenze genitoriali allo scopo di assicurare al/alla bambino/a un ambiente adeguato a sostenerne lo sviluppo psichico.

Per il riconoscimento del disagio psichico in gravidanza e nel periodo postnatale sono utilizzate le *Whooley questions* (Whooley M.A. *et al*, 1997; NCC-MH, 2014; Whooley M.A., 2016; Howard L.M. *et al*, 2018[187]) in ambito perinatale, che trovano indicazione in contesti sanitari con attività clinica intensa e dove non sia disponibile una specifica competenza nell'ambito della salute mentale.

Raccomandazione: si segnala la necessità di formare i/le propri/e professionisti/e coinvolti/e nel percorso nascita (attraverso attività formative realizzate con diverse modalità: *blended*, a distanza, sul campo) per individuare precocemente la popolazione femminile e maschile[188] a rischio di disagio psichico e psicosociale perinatale e per offrire attivamente, alla donna e alla coppia, supporti di tipo psicologico e sociale che favoriscano il superamento del disagio, l'attivazione e il rafforzamento delle risorse personali utili ad affrontare la nuova situazione.

In questa edizione del quaderno il gruppo redazionale non ha ritenuto di approfondire il tema del **disagio psichico e psicosociale perinatale paterno**, seppur certamente presente e rilevante, ma tuttavia segnala che ricerche scientifiche hanno evidenziato come la depressione perinatale paterna sia tanto importante quanto quella materna ed hanno mostrato che, nel periodo perinatale, gli stati psicologici di entrambi i genitori sono strettamente correlati e interdipendenti, e si influenzano reciprocamente. Infatti, i disturbi depressivi, ansiosi e comportamentali dell'uomo possono incidere e favorire una reazione depressiva nella donna, condizionando lo sviluppo psicologico e fisico del/della nascituro/a. L'incidenza della depressione perinatale maschile **è elevata, sebbene in misura inferiore rispetto a quella femminile, e troppo spesso sottostimata.**

2.3.4.3 Programmi per la prevenzione dei traumi cranici da abuso[189]

Generalmente si tratta di programmi attuati negli ospedali (punti nascita, neonatologie e reparti pediatrici)[190], i cui destinatari sono i neogenitori, che, prima della dimissione ospedaliera, vengono informati sui pericoli della "sindrome da scuotimento del neonato" e consigliati su come comportarsi con bambini/e che piangono in maniera inconsolabile.

---

[183] Spettoli D. *et al.*, *Mortalità e morbosità materne in Emilia-Romagna 2008- 2016. Rapporto regionale*. Bologna, Regione Emilia-Romagna, 2018, Testo integrale: http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1129

[184] http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3378_listaFile_itemName_4_file.pdf

[185] https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1306

[186] https://www.epicentro.iss.it/itoss/DisagioPsichicoPerinatale

[187] Whooley M.A. *et al.*, *Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many*. J Gen Intern Med 1997;12:439-45; Howard L.M. *et al., Accuracy of the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy.* Br J Psychiatry 2018; 212:50-6;
Whooley M.A., *Screening for depression--A tale of two questions*. JAMA Intern Med 2016;176:436-8.

[188] Cicchiello S., *La depressione perinatale materna e paterna. fattori di rischio, aspetti clinici e possibili interventi*, Cognitivismo clinico (2017) 14, 1, 22-45. https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/04Cicchielloi-CC17-1.pdf

[189] Sin. sindrome da scuotimento del neonato, sindrome da scuotimento infantile e lesioni cerebrali traumatiche inflitte

[190] http://www.ao.pr.it/curarsi/reparti-e-servizi-sanitari/neonatologia/non-scuotere-il-bambino-dont-shake-the-baby/
https://www.youtube.com/watch?v=ZSpMNotAEoE https://dontshake.ca/

Cosa devono consigliare le/i professioniste/i ai neogenitori prima del rientro a casa? Di seguito è riportato il testo dell'opuscolo "Se piango ascoltami"[191]:

"Come comportarsi se il bambino piange?

a. Consolatelo, prendetelo in braccio accarezzandolo, cantando piano, passeggiando lentamente o portandolo fuori. Alle volte una passeggiata in carrozzina o un giretto in auto ottengono grandi risultati! Anche offrirgli il ciuccio o fargli un bagnetto caldo possono essere utili per rasserenarlo.

b. Se avete provato tutto e non si calma, se vi sentite stanchi e ansiosi non preoccupatevi! Mettete il bambino in posizione sicura, disteso a pancia in su o affidatelo a una persona di fiducia. Poi andate in un'altra stanza e cercate di rilassarvi, parlando con una persona cara, ascoltando musica, leggendo…

c. Ritornate poi dal vostro bambino più sereni e vedrete le cose diversamente!

***Mai scuotere il bambino**. I muscoli del suo collo sono ancora molto deboli e movimenti troppo bruschi e violenti della testa avanti e indietro possono portare a gravi lesioni del cervello, causargli convulsioni, cecità, paralisi e anche la morte."*

2.3.4.4 Circoncisione maschile[192]

La circoncisione maschile consiste nella rimozione chirurgica, parziale o completa, del prepuzio: essa, pur non essendo una forma di maltrattamento o abuso nei confronti dei bambini, può comportare, se eseguita senza le dovute precauzioni e al di fuori delle strutture sanitarie specializzate, complicanze anche importanti.

È una pratica comune[193] sia per motivi religiosi (nella tradizione ebraica e in quella musulmana) che culturali (è diffusa in molti paesi dell'Africa, Asia e in Australia, indipendentemente dalla religione praticata) ed è legale in Italia[194]. È necessario quindi fornire tempestivamente ai genitori le informazioni utili perché l'intervento sia fatto in sicurezza tutelando il benessere del bambino.

Raccomandazioni:

È importante informare le famiglie, soprattutto quelle che per motivi religiosi o culturali rituali (religione ebraica, musulmana, provenienza da paesi dell'Africa) possono prevedere la circoncisione per i loro figli, che è sempre possibile rivolgersi alle strutture del servizio sanitario per avere maggiori informazioni per questo tipo di intervento[195].

È inoltre necessario raccomandare ai genitori di non rivolgersi mai e per nessun motivo a persone che offrano i loro servizi al di fuori delle strutture sanitarie per l'esecuzione di questa pratica. La circoncisione maschile, infatti, ha un rischio di complicanze trascurabile quando eseguita in ambiente sanitario, mentre al di fuori di questo setting può associarsi a emorragia, ematoma, infezione, lesioni da ustione, e produrre complicanze che possono portare fino al decesso del bambino[196].

La pratica della circoncisione si accompagna spesso a rituali comunitari regolati dalla prassi e dal costume, oltre che dalla tradizione religiosa; la sicurezza della pratica, sotto il profilo sanitario, dovrebbe conciliarsi con queste esigenze. Pertanto, allo scopo di ottenere una migliore aderenza ad una pratica sanitaria sicura, sarebbe auspicabile che Azienda sanitaria/Servizi sociali individuassero modalità condivise con le famiglie e le comunità del territorio.

---

[191] Testo estratto dall'Opuscolo "*Se piango ascoltami*" realizzato da "L'Isola che c'è" Onlus con la partecipazione di "Associazione Mondo Donna", con il contributo del Comune di Bologna, in collaborazione con L'AUSL di Bologna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna https://lisolache.it/se-piango-ascoltami/, per il video https://ms-my.facebook.com/AziendaUslBologna/videos/1864314266946105/

[192] Per approfondimento http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1291

[193] Nei paesi in cui la circoncisione non è praticata su base religiosa o come rito di passaggio, come negli USA, la motivazione più frequentemente riportata è l'associazione con una maggiore igiene. (World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Male circumcision-Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability.* Geneva 2007)

[194] Comitato nazionale per la bioetica: Presidenza del Consiglio dei Ministri. La circoncisione: profili bioetici. 25 settembre 1998, alla pagina http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1299

[195] Linee di indirizzo - Revisione sistematica delle prove "Continuità delle cure. Dimissione della mamma e del bambino dal punto nascita" della Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita (Regione Emilia-Romagna,) adottate con D.G.R. n. 2050/2019 "Percorso nascita: indicazioni alle aziende sanitarie per garantire la sicurezza del parto con taglio cesareo e la continuità delle cure tra ospedale e territorio a madre e bambino" http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/966

[196] Vedi nota precedente.

2.4 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nell'infanzia (fascia 3-11 anni)

Premessa

Se alcune strategie sulla prevenzione del maltrattamento su bambine/i sono trasversali a tutti gli stadi di sviluppo, altre sono specifiche per l'infanzia e la preadolescenza.

In particolare, a partire da questa fascia d'età, il/la bambino/a entra a far parte del contesto sociale attraverso la scuola dell'infanzia, la scuola dell'obbligo e le attività ludico-ricreative extrascolastiche sportive o religiose.

Da questa età, nella prevenzione del maltrattamento, il/la bambino/a può cominciare ad assumere un ruolo attivo e per tale motivo deve essere formato a riconoscere situazioni di potenziale disagio o abuso. I/Le bambini/e possono sviluppare conoscenze ed acquisire abilità per proteggersi dall'abuso. Non è certo, però, che queste capacità siano mantenute nel tempo e se effettivamente proteggano il soggetto in crescita da ogni tipo di situazione d'abuso, soprattutto se il/la colpevole è una figura di riferimento.[197]

Tale formazione deve essere rapportata all'età e alle diverse fasi di sviluppo allo scopo di fornire gli strumenti sia al/alla bambino/a per riconoscere e riferire una situazione a rischio, sia all'adulto/a, figura di riferimento, che deve essere in grado di accogliere ed affrontare i dubbi e le confidenze ricevute.

Un ruolo centrale in questo senso è rivestito dalla scuola, che diventa il primo contatto educativo esterno alla famiglia e trasversale, questo la identifica come luogo di osservazione e di intervento privilegiato, che non sostituisce gli altri già esistenti in ambito socio-sanitario, ma li può integrare in modo importante.

C'è unanime consenso[198] che la frequenza alla scuola dell'infanzia, anche se non ancora scuola dell'obbligo, sia essenziale allo sviluppo degli individui e che, in casi estremi, la non frequenza possa costituire una fattispecie di maltrattamento, potenzialmente rispondente a quadri di patologia delle cure[199]. Per tale ragione, da almeno 15 anni le istituzioni internazionali raccomandano ai governi la piena scolarizzazione almeno a partire dai tre anni (e anche prima, il più precocemente possibile, per le categorie a rischio), vale a dire l'abbattimento di tutte le barriere sociali, economiche, culturali, famigliari e personali che ne impediscono la piena realizzazione.

Inoltre, la mancata frequenza alla scuola dell'infanzia, se unita ad altri segnali (quali isolamento, carenza di risorse, presenza di problemi psichiatrici, multiproblematicità del nucleo) nella misura in cui la rete dei servizi socio sanitari ne è in qualche modo consapevole, deve essere presa in seria considerazione per la valutazione del rischio - e per la sua prevenzione - non solo di maltrattamento, ma anche - e soprattutto - di abuso sessuale.

La frequenza scolastica permette e offre, pertanto, molteplici possibilità di intervento per la prevenzione permette:

- l'emergere precoce di quadri prodromici che possono evolvere in maltrattamenti e abusi veri e propri o di condizione di maltrattamento e abuso incipienti di cui prevenire l'aggravarsi e il perpetuarsi;
- interventi di prevenzione primaria di tipo universale a favore sia di bambini/e sia di genitori;
- di aumentare la consapevolezza di questi fenomeni all'interno dell'istituzione più importante per l'educazione di persone di minori età.

Per questa fascia di età il ruolo sanitario del/della pediatra di libera scelta passa un po' in secondo piano, in considerazione della graduale riduzione delle patologie intercorrenti e di conseguenza la frequenza delle visite sul/sulla bambino/a si riduce sensibilmente. Probabilmente i Servizi di emergenza/urgenza (pronto soccorso) sono chiamati sempre più ad occuparsi della gestione delle patologie intercorrenti (rapidità di prestazione/accesso h24) anche a causa della difficoltà genitoriale emergente di far fronte a problematiche sanitarie anche banali (febbre, cefalea, dolore addominale etc..), nei tempi di visite programmabili.

Per tale motivo è fondamentale una formazione continua per i/le professionisti/e sanitari/e dei Servizi d'emergenza, anche alla luce del rapido turn-over del personale, a cui si somma anche una carente formazione specifica universitaria sul maltrattamento/abuso.

---

[197] https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43499/9241594365_ita.pdf;jsessionid=4CFA369CCF323A50F7D2C4EBDAB0F717?sequence=3) WHO

[198] Vedi le conclusioni del Consiglio d'Europa e i documenti OCSE, soprattutto il report periodico "*Starting Strong*" sulla situazione dei servizi educativi prescolastici negli Stati membri http://www.oecd.org/education/school/startingstrong.htm

[199] Vi sono casi di bambini/e che non frequentano perché un genitore, quasi sempre la madre, desidera tenerli presso di sé per compensare la propria solitudine (discuria); oppure, il genitore ritiene il/la figli/a ancora troppo fragile per affrontare un luogo di socializzazione extra familiare (ipercuria) o, ancora, i genitori non hanno alcuna consapevolezza che per il/la figlio/a è un diritto, la cui omessa tutela ne compromette l'intera carriera scolastica (incuria).

Deve proseguire comunque il sostegno alla genitorialità e all'integrazione delle famiglie straniere, in particolare delle donne, per ridurre il divario linguistico e culturale con i/le figli/e.

2.4.1 Interventi

a) Campagne informative

Tra le diverse forme di intervento, negli ultimi anni, hanno assunto una rilevanza sempre maggiore le campagne informative e pubblicitarie rivolte direttamente agli/alle utenti, che, anche sfruttando i più moderni canali mediatici, tendono a raggiungere ampie fette di popolazione.

Nella Regione Emilia-Romagna, nel 2014 è stato sviluppato il **Progetto "3C: Conoscere, Capire, Condividere"**, coordinato dal centro "Il Faro" dell'AUSL di Bologna, che ha prodotto **7 opuscoli informativi** rivolti a ragazzi/e, genitori, operatori/trici, avvocati/esse e giudici, la cui novità deriva dal suo rivolgersi direttamente ai/alle destinatari/e con un linguaggio accessibile, comprensibile e orientato a offrire consigli aggiornati e di concreta utilità. Non solo un opuscolo informativo, ma anche uno strumento educativo e professionale allo stesso tempo:

- Il comportamento sessuale
- Che cosa sono i maltrattamenti per genitori e operatori
- Violenza domestica
- Violenza sessuale
- Rendere testimonianza in tribunale
- Genitori con storie traumatiche nei servizi
- Educazione positiva e non violenta

Ampliando lo sguardo anche ad un livello più internazionale, negli ultimi anni sono state sviluppate e diffuse numerose campagne di media per la salute pubblica. Un esempio è il **programma STOP IT NOW**[200], introdotto per la prima volta in Vermont (USA), attuato con annunci di servizio pubblico su televisione e radio, articoli di giornale, pubblicità su autobus e un sito web interattivo. Lo scopo della campagna pubblicitaria è quello di sensibilizzare la popolazione riguardo l'abuso sessuale e di promuoverne la denuncia.

b) Sostegno ai genitori

Tra i programmi genitoriali più efficaci tra quelli studiati a livello mondiale è riconosciuto il **TRIPLE P**-Positive Parenting Program[201]. È uno dei pochi basati su prove provenienti dalla ricerca scientifica e ha dimostrato di funzionare con centinaia di migliaia di famiglie attraverso ricerche in corso oltre 30 anni, più di 230 articoli pubblicati, studi e studi internazionali.

Il programma Triple P si concentra sull'affrontare i problemi comportamentali, emotivi e di sviluppo dell'infanzia, migliorando i fattori di protezione della famiglia e riducendo i fattori di rischio familiari per il maltrattamento. Il programma prevede per le famiglie 5 livelli di intervento, e i servizi ricevuti dipendono dai bisogni della famiglia.

c) Interventi dei Centri per le famiglie[202]

La Regione Emilia-Romagna ha messo in atto diversi progetti a sostegno della genitorialità. Nel 2015 sono state approvate le Linee Guida per i Centri Per Le Famiglie[203] (CpF) a cui spetta il compito di promuovere e sostenere il benessere delle famiglie nelle diverse fasi evolutive nonché nelle fasi critiche, con interventi di prevenzione nei casi di rischio aumentato e fragilità del nucleo familiare.

Le attività si sviluppano su tre aree:

1. area dell'Informazione, per assicurare alle famiglie un rapido accesso alle informazioni utili per la vita quotidiana e alle opportunità offerte dal territorio, attraverso il sito *Informafamiglie* (http://www.informafamiglie.it);

[200] Review *Prevention of child maltreatment*. W.G. Lane USA, 2014, vedi anche Allegato n. 9, voce 5.b
[201] Vedi Tabella IX
[202] "Rapporto Sociale-Giovani Generazioni" (regione Emilia-Romagna, gennaio 2018) https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/tutte-le-pubblicazioni/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2016/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2018
[203] Delibera di Giunta regionale n. 391/2015 https://sociale.regione.emilia-romagna.it/famiglie/approfondimenti/documenti-pubblicazioni-e-guide

2. area del sostegno alle competenze genitoriali[204], per incrementare le responsabilità educative dei genitori e promuovere le competenze relazionali attraverso consulenze tematiche, *counseling* genitoriale, interventi di mediazione familiare, incontri su temi della genitorialità e delle relazioni familiari e sul tema dell'accoglienza;
3. area dello sviluppo delle risorse familiari e comunitarie, per ottimizzare le opportunità e le risorse presenti sul territorio e aumentare la coesione sociale, in una logica di solidarietà, partecipazione alla vita sociale e supporto alle potenzialità di bambini/e e famiglie. Una parte molto importante di quest'area di sviluppo sono anche i percorsi annuali di formazione per gli/le operatori/trici degli sportelli informativi dedicati ai colloqui brevi, e il percorso di accompagnamento formativo per *counselor* e mediatori/trici familiari.

d) Integrazione e sostegno a madri migranti

Sia a livello locale che nazionale sono diversi i progetti messi in atto per sostenere l'integrazione di famiglie e in particolare di madri con cittadinanza non italiana. La Regione Emilia-Romagna a partire dal 2015 ha introdotto su tutto il territorio regionale un progetto di prevenzione degli incidenti domestici rivolto specificatamente alle famiglie migranti. Il progetto è stato promosso da mediatrici culturali che hanno ricevuto una specifica formazione, e consiste in incontri d'informazione con le famiglie delle diverse comunità, attraverso l'utilizzo di opuscoli in lingua e altri materiali informativi. Gli incontri si svolgono sia a domicilio che in luoghi di aggregazione frequentati dalle comunità migranti. Il progetto prevede inoltre dei corsi di lingua italiana, con un modulo didattico sulla prevenzione degli incidenti domestici.

Altri progetti tendono a supportare le famiglie e in particolare le madri migranti, attraverso l'insegnamento della lingua italiana con corsi promossi dai Comuni e dalla Regione; per il supporto alla genitorialità, ad esempio è stato svolto attraverso laboratori[205], che ha avuto l'obiettivo di implementare azioni positivi a favore delle donne e delle famiglie migranti costruendo laboratori che fossero luoghi d'ascolto, di sostegno psicologico, d'incoraggiamento personale e di interazione tra scuola-famiglia-studenti.

e) L'intervento *A* e *CON* la scuola

Relativamente a questo punto, la letteratura disponibile sembra convergere sull'importanza di non improvvisare, ma di utilizzare, preferibilmente, modelli e format di cui è provata l'efficacia. Nei Paesi anglosassoni c'è un'ampia disponibilità di "pacchetti" standardizzati di intervento (spesso a pagamento), per genitori e minorenni, da condursi in ambito scolastico. È probabile che la nostra cultura non sia preparata a questo livello di standardizzazione e, comunque, emerge anche dalle ricerche sul punto che il passaggio dalla sperimentazione accademica delle prassi alla somministrazione su campo delle stesse comporti un livello di semplificazione e un calo di rigore che può arrivare a rendere impossibile valutare l'efficacia degli interventi. In realtà, le stesse ricerche sottolineano che queste derive negative possono essere ampiamente ridotte attraverso l'adozione di alcuni stratagemmi processuali, in particolare il coinvolgimento di supervisori esperti nel metodo adottato e che assicurino una reale reperibilità agli/alle operatori/trici scolastici/he che lo stanno conducendo sul campo.

Un elenco, incompleto ma esemplificativo, di prassi di intervento di cui è reperibile una documentazione analitica, anche in rete, è quello riportato nell'Allegato 20[206].

Con il coinvolgimento degli enti preposti alla ricerca (soprattutto le Università), potrebbe essere utile l'applicazione sperimentale e la valutazione di alcuni di questi metodi nelle scuole, con il coinvolgimento delle/degli insegnanti.

L'identificazione di un target omogeneo per contesto o per fattori di rischio potrebbe migliorare l'efficacia dell'intervento. Al fine di garantire la partecipazione dei genitori con più caratteristiche di fragilità, l'utilizzo di tutor facilitatori, nell'ottica del *peer-to-peer*, ha dato spesso buoni risultati. Possono avere questo ruolo i/le rappresentati di classe o di sezione, purché opportunamente formati, anche sulla base delle esperienze svolte nell'ambito del *case management* in campo psico-educazionale.

[204] Tamburlini G., "*L'ambiente familiare di apprendimento, 1° parte*", Medico e Bambino 2020; 39:101-110.
[205] Es. "Progetto SeiPiù" per maggiori informazioni: http://www.comune.bologna.it/cdlei/servizi/109:5767/22052/
[206] È anche possibile consultare il sito https://www.cebc4cw.org (The California evidence-based Clearinghouse for Child Welfare. Information and Resources for Child Welfare Professionals) per trovare molti altri metodi censiti e valutati. Il sito è implementato dal Dipartimento Californiano per i Servizi Sociali.

Per quel che riguarda gli interventi rivolti a bambini/e, sono molto rari quelli realizzati prima dei 10 anni; la maggior parte di questi interventi è rivolto ad adolescenti ed è basato sull'aumento della consapevolezza della propria dignità e del rifiuto a subire qualunque tipo di violenza e sopruso, una consapevolezza che deve essere accompagnata dalla capacità di chiedere aiuto nel modo giusto, al momento giusto e alle persone giuste.

Tuttavia, vi sono esperienze che sembrano indicare che l'educazione alla consapevolezza dei propri diritti può essere utilmente realizzata in età molto più precoci, fin dalla scuola dell'infanzia. Pertanto, è possibile pensare che ogni attività che promuova la consapevolezza in bambine/i dei diritti che gli sono riconosciuti e dell'importanza che gli stessi siano goduti e tutelati può essere considerata un'attività di prevenzione anche dell'abuso e del maltrattamento; la relazione di gruppo presente nella scuola può rendere più facile, interiorizzato e duraturo questo tipo di educazione.

I nodi critici dell'intervento scolastico per la prevenzione dell'abuso e del maltrattamento

Queste potenzialità risentono, tuttavia, di diversi nodi critici, ben evidenziati dalla letteratura, anche internazionale[207]. Alcuni di questi nodi sono strutturali, dovuti al tipo di istituzione; altri sono legati a carenze organizzative tipiche della scuola italiana e della frammentazione degli interventi di cura tra istituzioni diverse; altri, infine, di carattere essenzialmente metodologico, sono eliminabili o almeno riducibili attraverso la progettazione appropriata degli interventi, a partire e tenendo conto delle ricerche effettuate in questo ambito.

Il **primo** nodo critico deriva, paradossalmente, dalla centralità del ruolo dell'insegnante nella scuola primaria. Questa condizione di grande vicinanza può provocare parecchie distorsioni nella valutazione dei comportamenti di bambini/e e di alcune evidenze di rischio mostrate dalla famiglia.

Il **secondo** nodo critico consegue dall'eccessiva centralità della scuola come agenzia educativa in questa età: alla scuola si chiede non solo l'educazione (pre)disciplinare[208] al sapere, ma anche l'educazione nell'ambito della cittadinanza attiva e dell'assunzione di corretti stili di vita, anche sociale. Questa eccezionale centralità mal si concilia con la carenza di investimenti tipica della scuola pubblica italiana[209]. La conseguenza è che, a differenza delle discipline tradizionali, questi ambiti non godono di analoga attenzione metodologica, preparazione di base e aggiornamento in servizio del personale, articolazioni curricolari all'interno dei piani formativi[210].

Il **terzo** nodo critico è direttamente connesso al precedente: i Servizi socio-sanitari sono essenzialmente servizi specialistici per target ristretti di popolazione o per periodi ristretti della vita degli individui; la Scuola, viceversa, è un servizio universale, obbligatorio dai sei anni, a frequenza quotidiana per molti anni e questo può rendere la comunicazione e la progettazione inter istituzionale piuttosto faticosa.

A dispetto di questi limiti, visto il grande vantaggio teorico di utilizzare la Scuola come luogo privilegiato degli interventi di prevenzione anche in quest'ambito, appare quanto mai opportuno individuare possibili miglioramenti metodologici, professionali e organizzativi, anche alla luce delle ricerche disponibili.

2.4.2 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie

Dalle evidenze scientifiche e dal monitoraggio delle buone prassi raccolte e descritte nei piani di zona 2017-19 della Regione Emilia-Romagna si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi Servizi/Enti/Agenzie per gli interventi nella fascia 3-11 anni.

Istituzioni

I diversi Servizi devono coordinare e integrare le loro politiche, le azioni e le informazioni. Per fare questo sono essenziali meccanismi di coordinamento a livello nazionale, provinciale, municipale e di comunità. Oltre al coordinamento sono necessarie adeguate ed eque risorse finanziarie, per sostenere le risorse umane e le infrastrutture. Gli investimenti nello sviluppo della prima infanzia hanno mostrato rendimenti positivi, tra cui

[207] Montecchi F., Bufacchi C., *Abuso sui bambini: l'intervento a scuola,* Franco Angeli 2017 (si veda, in particolare, il capitolo IV).
Malizia N**.,** *Abusi, violenze, maltrattamenti a scuola: Quando i bambini subiscono in silenzio, Giappichelli Editore, 2016.*
Kenny C.M., *Child abuse reporting: teachers' perceived deterrents,* Child Abuse And Neglect, 25-1-81/92, 2001.
Kenny C.M., *Teachers' attitudes toward and knowledge of child maltreatment,* Child Abuse and Neglect, 28-12-1311/1319, 2004.
[208] Anche la scuola dell'infanzia, seppur basata in larga parte sul gioco, anche spontaneo, dei/delle bambini/e, pone l'enfasi soprattutto sui prerequisiti delle future discipline scolastiche, tanto che si può parlare di approccio "predisciplinare", più o meno mitigato.
[209] In Italia la percentuale del PIL dedicato all'istruzione e circa la metà di quello investito dai Paesi del centro e nord Europa.
[210] Quasi tutti gli interventi di tipo non tradizionale all'interno della scuola sono svolti, peraltro episodicamente, da specialisti/e esterni/e, con un coinvolgimento molto basso di docenti che, pertanto, non ne percepiscono la responsabilità su di sé, come invece per le altre discipline.

miglioramenti nella salute mentale, nella salute fisica e nel rendimento scolastico, nonché tassi più bassi di comportamenti violenti, dipendenza e povertà. Anche in questa fascia d'età si confermano le strategie, già precedentemente esplicitate, presenti nel documento dell'OMS "*Nurturing Care*" (Allegato 16). Le istituzioni inoltre dovrebbero prevedere programmi di supporto e assistenza per i servizi educativi, ai fini di evitare *burn-out* che si può esplicitare in condotte violente da parte di insegnanti, educatori/trici e operatori/trici scolastici/che, nei confronti di bambini/e e ragazzi/e.

Servizio sanitario[211]

Pediatri e altri/e operatori/trici sanitari/e possono svolgere un ruolo importante nella prevenzione del maltrattamento su soggetti di minore età. Oltre alla normale cura del/della paziente, i/le pediatri/e possono fornire guide anticipatorie[212] per la comunicazione genitore-figlio/a, attuare screening per fattori di rischio di maltrattamento e indirizzare i genitori e le famiglie a programmi efficaci rivolti alla comunità.

Perché questo ruolo possa essere esplicato al meglio è fondamentale l'uso di protocolli comuni, condivisi dai diversi professionisti a livello regionale *in primis*, e ove possibile anche a livello nazionale.

Per quanto riguarda i/le professionisti/e ospedalieri/e, è necessaria una formazione specifica e approfondita, in quanto i servizi di emergenza/urgenze (es. pronto soccorso pediatrico) sono per questa fascia d'età il principale servizio utilizzato dai genitori; come in tutti gli altri casi, questa formazione deve essere integrata prevedendo la collaborazione e l'interscambio di conoscenze tra l'ospedale e i servizi sociali territoriali. Ci deve essere condivisione degli obiettivi con il mondo delle Scuole di formazione e delle Università, promuovendo percorsi formativi orientati alla prevenzione, che integrino i curricula tecnico-specialistici anche con nuove competenze in tema di promozione della salute e di prevenzione.

Il rafforzamento del sistema e della rete include l'aggiornamento dei sistemi di gestione dei dati, con indicatori comuni per monitorare la qualità e la copertura degli interventi.

Punti chiave

1. La prevenzione del maltrattamento su persone di minore età può essere inserita nella pratica pediatrica attraverso la guida anticipatoria, lo screening dei fattori di rischio e il riferimento alle risorse della comunità.
2. Esiste un'ampia variazione nei metodi e nell'efficacia dei programmi di prevenzione di comunità. I/Le pediatri/e dovrebbero quindi essere ben informati/e su quali programmi sono disponibili nella loro comunità e quale sia il supporto basato sull'evidenza per questi programmi.
3. I/Le pediatri/e possono essere efficaci promotori/trici della prevenzione a livello individuale, tra paziente e famiglia, così come a livello locale, regionale e nazionale.

Ad un livello più ampio, i/le pediatri/e possono sostenere a livello locale, statale e nazionale politiche e programmi a sostegno di famiglie e bambini/e[213].

I/Le pediatri/e possono essere particolarmente adatti/e ad educare i genitori a prevenire l'abuso sessuale. I genitori di solito ascoltano e si fidano delle raccomandazioni del/della loro pediatra con cui hanno frequenti contatti durante i primi anni di vita del/della bambino/a.

a) Programmi di prevenzione basati su modelli di Guide anticipatorie

Numerosi programmi utilizzano una guida preventiva per aiutare i genitori a gestire in modo efficace situazioni che potrebbero aumentare il rischio di maltrattamento.

Almeno due programmi si sono occupati della prevenzione del trauma cranico, vista la correlazione tra lo stress associato al pianto infantile e il trauma cranico da abuso (sindrome del bambino scosso). Dias e altri[214] hanno sviluppato un intervento *postpartum* in ospedale basato sull'insegnare ai genitori i pericoli di scuotere i/le bambini/e.

---

[211] Lane W.G., *Prevention of Child Maltreatment* Pediatr Clin North Am. 2014 October; 61(5): 873–888.
[212] Vedi Allegato 17
[213] Vedi Allegato 18
[214] Dias M.S., *et al.*, (2005). *Preventing abusive head trauma among infants and young children: A hospital-based, parent education program*. Pediatrics, 115, 470–477.

Anche il **programma "Purple Crying "**[215] è incentrato sulla risposta genitoriale al pianto del bambino. Un video e un opuscolo forniscono informazioni sul pianto del/della bambino/a con consigli su come ridurre il pianto infantile e affrontare lo stress genitoriale associato.

L'American Academy of Pediatrics (AAP) ha sviluppato due programmi per la prevenzione primaria di maltrattamento sui soggetti di minore età in ambito clinico:

1. **Connected Kids**: protetto, forte, sicuro è un programma educativo basato sulla resilienza per genitori e *caregiver* focalizzato sul gestire i cambiamenti nelle varie fasi di sviluppo, sul fornire discipline efficaci e altri argomenti.
2. **Practicing Safety**[216]: è un altro programma sviluppato da AAP che aiuta i/le professionisti/e a cercare e affrontare la depressione materna e usa una guida anticipatoria per aiutare i genitori a far fronte a fasi di sviluppo impegnative, come il pianto infantile, la colica gassosa e il *toilet training*.

b) Programmi di prevenzione di comunità

Oltre a fornire guide anticipatorie e attuare lo screening per i fattori di rischio di maltrattamento, i/le pediatri/e possono anche indirizzare le famiglie ai programmi pubblici e incoraggiarle a parteciparvi. Per fare ciò, tuttavia, i/le pediatri/e devono essere consapevoli di quali programmi sono disponibili nelle loro comunità.

La raccolta di queste informazioni potrebbe inizialmente richiedere diverse ore al/alla pediatra o allo staff dell'ambulatorio, seguite da aggiornamenti periodici. Le informazioni sulle risorse del territorio devono poter essere facilmente reperibili attraverso una ricerca su internet, completata da telefonate o richieste di opuscoli e informazioni sul programma. I pediatri devono anche essere a conoscenza della qualità e dell'efficacia dei programmi disponibili, anche se per molti programmi non sono stati raccolti gli esiti della valutazione.

La maggior parte dei programmi di intervento rientrano in una delle due seguenti categorie: *home visiting* e formazione genitoriale.

Una recensione di numerosi programmi di intervento[217] (compresi sia la visita a domicilio sia la formazione dei genitori), attentamente valutati rispetto ai gruppi di controllo e la misurazione degli esiti di abusi sui minorenni, ha dimostrato un generale effetto positivo degli interventi.

Servizio sociale

Come già sottolineato nelle raccomandazioni al servizio sanitario, anche per il Servizio sociale vale la necessità di incentivare i rapporti e la comunicazione con i/le pediatri/e di libera scelta e con tutti gli altri professionisti coinvolti nella gestione del soggetto di minore età e della famiglia.

Al Servizio sociale spetta poi l'analisi accurata delle famiglie e delle capacità genitoriali anche per quei nuclei familiari giunti all'attenzione per problematiche diverse dal sospetto di violenza (come ad esempio problemi economici o di integrazione), che possono però nascondere importanti fattori di rischio per maltrattamento e abuso.

Scuola dell'infanzia e scuola primaria

Per quello che riguarda questo ambito, si sottolineano due criticità:

1. nella scuola dell'infanzia agiscono una pluralità di gestori (Comuni, Stato e soggetti privati del terzo settore) che solo faticosamente si stanno riconoscendo come sistema, cercando di uniformare le buone pratiche non solo didattiche, ma anche inclusive. In particolare, in forza del Decreto n.65/2017218, tutte le scuole dell'infanzia dovranno dotarsi del/della **coordinatore/trice pedagogico/a** (una figura in grado, tra le altre cose, di funzionare da facilitatore del dialogo con le altre istituzioni preposte alla cura dei/delle bambini/e) e di un **piano annuale di formazione**, all'interno del quale trattare anche i temi che qui interessano; questo processo di rinnovamento è stato appena avviato e richiederà tempo per essere implementato ad un livello sufficiente.

[215] http://purplecrying.info/nann/what-is/welcome.php
[216] Vedi nota n. 156 e paragrafo 2.3.2
[217] Reynolds A.J., Mathieson L.C. *et al.*, *Do early childhood interventions prevent child maltreatment? A review of research.* Child Maltreatment. 2009;14:182–206.
[218] D.lgs. n. 65 del 13 aprile 2017 "Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita fino ai sei anni, a norma dell'art 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107"

2. La scuola dell'obbligo statale italiana è l'unica, tra i Paesi dell'OCSE, che non ha l'équipe psico-pedagogica interna alla scuola stessa, oltre a non avere, per gli/le insegnanti, l'obbligo formale della formazione. Tutto ciò rende la scuola primaria abbastanza impermeabile all'esterno e poco reattiva nell'affrontare i nuovi bisogni.

Più operativamente, sia alla luce di alcune buone pratiche esistenti in Regione Emilia-Romagna che delle ricerche in ambito internazionale, questa équipe potrebbe essere investita dei seguenti ruoli relativamente al tema della prevenzione:

- consulenza e supervisione agli/alle insegnanti relativamente a evidenze che potrebbero essere correlate a quadri (esordienti) di abuso e maltrattamento
- coinvolgimento dei servizi socio-sanitari preposti alla tutela
- coinvolgimento degli stessi per attività di formazione e/o di monitoraggio
- organizzazione di interventi di prevenzione mirata a favore di genitori e altri/e caregiver, con l'individuazione di target specifici
- sportello di ascolto psicopedagogico di consulenza educativa ai genitori, a prevenzione, soprattutto, dell'abuso di mezzi di correzione e di alcuni rischi di patologia della cura.

Alcune ricerche[219] mettono comunque in guardia dal pensare che la figura dello/a psicopedagogista nella scuola possa essere risolutiva, a prescindere dalle caratteristiche professionali di chi la ricopre. Anche lo/a psicologo/a scolastico/a non sembra possedere del tutto le caratteristiche richieste, essendo la sua competenza relativa ai disturbi, più o meno specifici, dell'apprendimento e della condotta, intesi come comportamento a sé stante. Occorre una preparazione specifica sull'interpretazione di questi sintomi all'interno di possibili quadri di rischio di abuso e maltrattamento, oltre ad una preparazione anche clinica (che lo/a psicologo/a scolastico/a potrebbe non avere); inoltre, l'espletamento operativo del suo ruolo gli/le dovrebbe consentire di avere una visione analitica dei pattern relazionali all'interno della scuola e una certa visibilità e autorevolezza nei confronti delle diverse componenti della scuola stessa (dirigenza, docenti, genitori).

Sulla scorta di quanto avviene per l'integrazione scolastica degli/delle alunni/e disabili e di alcune buone prassi esistenti[220], l'implementazione di protocolli d'intesa (se non proprio di accordi di programma) tra le scuole e i Servizi socio-sanitari del territorio potrebbero facilitare, e di molto, la collaborazione e il riavvicinamento dei linguaggi. È evidente che l'efficacia di questa misura sarebbe moltiplicata dall'esistenza nella scuola dell'équipe psicopedagogica, ma, in sua assenza, la potrebbe, almeno in parte, surrogare.

Vale la pena richiamare, a questo punto, la pluralità delle ricerche che indicano nella mancata collaborazione interistituzionale uno dei fattori di rischio di contesto (iatrogenesi) più importanti per il contrasto all'abuso e al maltrattamento all'infanzia, sia per l'inerzia che causa agli interventi, sia per una incompleta valutazione "olistica" delle situazioni, soprattutto per una valutazione che tenga debitamente conto non solo dei fattori di rischio, ma anche dei fattori protettivi e della resilienza dei singoli, perché su queste ultime si possa costruire e progettare a scopo preventivo.

Questi accordi interistituzionali, oltre ad indicare i/le referenti che vi presiedono, possono entrare nel merito e declinare gli ambiti di integrazione, che sono essenzialmente relativi a:

- scambio di informazioni e loro utilizzo (comprese le modalità delle segnalazioni);
- formazione, comune per operatori/trici di tutti i servizi e specifica per insegnanti;
- implementazioni di interventi concordati con le famiglie a rischio;
- realizzazione di progetti comunitari (*school-based*) di prevenzione.

Terzo settore

Le raccomandazioni per Il Terzo Settore (inteso come sistemi di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazioni di volontariato, centri di aggregazione, centri antiviolenza ecc.) sono innanzitutto quelle di ottimizzare i ruoli dello staff già operante, mantenendo un'alta qualificazione professionale degli/delle operatori/trici e dei/delle volontari/e di prima linea, sia nel periodo di formazione sia nella fase di attività.

[219] Viezel K.D., Davis A.S., *Child Maltreatment and the School Psychologist,* Psychology in the School, 52(1) 2015.
[220] Ad esempio, effettuare su Google la ricerca: "collaborazione servizio sociale e scuola" per avere decine di esempi formalmente attivi.

Nel piano regionale della prevenzione per l'Emilia-Romagna 2015-18[221] viene sottolineato come siano fondamentali la partecipazione della cittadinanza e il coinvolgimento della società negli interventi di promozione della salute, per migliorare l'*empowerment* individuale e di comunità, la salute generale e ridurre le disuguaglianze. In questo senso una raccomandazione pratica è quella di mettere a disposizione spazi comuni che fungano da centri di aggregazione ludico-ricreativi sia per bambini/e sia per genitori.

Il rapporto sociale "*Giovani Generazioni*" della Regione Emilia-Romagna del 2018[222] riprende l'importanza di consolidare la rete dei Centri per le famiglie, per renderla più ampia e diffusa sul territorio regionale[223], sviluppando compiutamente le tre aree di attività, anche attraverso un supporto formativo a livello regionale. Inoltre si raccomanda di eseguire l'analisi dei dati strutturali e di attività, così da poter monitorare l'efficacia dei Servizi nel corso del tempo.

2.4.3 PREVENZIONE SPECIFICA

2.4.3.1 Prevenzione della violenza assistita

Prevenzione Primaria: "La prevenzione deve articolarsi in percorsi educativi, rivolti a bambini/e ed adolescenti, per mettere in discussione i modelli di relazione convenzionali, gli stereotipi di genere ed i meccanismi socioculturali di minimizzazione e razionalizzazione della violenza[224]", prevedendo percorsi laboratoriali, esperienziali, formativi ed educativi per le scuole di ogni ordine e grado, trasversale alle discipline del curriculum e con carattere di continuità tra i diversi gradi di istruzione. In questo senso la prevenzione primaria della violenza assistita non ha carattere di specificità rispetto alle altre forme di maltrattamento, a parte il maggior rischio di sottovalutazione.

Prevenzione Secondaria e Terziaria

Intervento psicoeducazionale[225]: si tratta di progetti e interventi educativi su formatori/trici e a cascata su genitori, adolescenti e bambini/e. Bisogna lavorare sull'individuo nel suo contesto di vita. L'intervento di prevenzione della violenza assistita, come nelle altre forme di violenza domestica, deve avere determinate caratteristiche:

(1) L'esigenza di protezione del soggetto in crescita va sempre connessa con la tutela delle sue relazioni primarie; la famiglia va utilizzata come risorsa di cura, e in quanto contesto di cure primarie va aiutata a migliorare. L'allontanamento deve essere l'estrema ratio e rappresenta un fallimento dell'intervento del servizio.

(2) Bisogna muoversi secondo un'ottica di *recovery*, cioè di ripresa, di recupero, con il focus sulla qualità della vita e non sulla "guarigione" completa: si lavora per ottenere un "adattamento soddisfacente", e per fare questo vanno cercati dei punti di aggancio su cui lavorare coi genitori, entrando nella loro modalità comunicativa. In questo senso l'intervento psicoeducativo si sostanzia nella ricerca, insieme ai genitori, della soluzione che utilizzi al meglio le risorse individuali e di rete.

(3) La psicoeducazione ha l'obiettivo di incrementare l'*enpowerment* dei/delle bambini/e e dei genitori, fornire strumenti per migliorare attraverso l'acquisizione di conoscenze, abilità, strategie e attitudini che faciliteranno il raggiungimento di obiettivi personali "raggiungibili". Va stimolata nei genitori la "curiosità" per la mente del/della bambino/a, per il significato dei suoi comportamenti in risposta a determinati stimoli traumatogeni, come l'assistere a episodi di violenza, perché questo significato può essere compreso e restituito al/alla bambino/a, riattivando la capacità di pensare. La famiglia va intesa non solo come problema ma come parte della soluzione, attivamente coinvolta nel progetto terapeutico come supporto alla terapia.

---

[221] https://partecipazione.regione.emilia-romagna.it/iopartecipo/policy-e-processi/costruire-salute-piano-regionale-della-prevenzione-2015-2018

[222] https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/tutte-le-pubblicazioni/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2016/rapporto-sociale-giovani-generazioni-2018

[223] https://www.informafamiglie.it/centri-per-le-famiglie

[224] Linee Guida Nazionali (art.1 comma 16 L.107/2015). *Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione*. Documento MIUR 27.10.2017.

[225] Libro Verde. *Migliorare la Salute Mentale della popolazione. Verso una strategia sulla Salute Mentale per l'Unione Europea*. Commissione delle Comunità Europee, Bruxelles, 14.10.2005.

(4) Il progetto deve essere condiviso tra Servizio e utenti, verificando sempre che il linguaggio degli/delle operatori/tric sia comprensibile: vanno individuati obiettivi piccoli, raggiungibili e concordati. Si tratta di partire dal principio che tutti i soggetti coinvolti (operatori/trici, familiari, amici/che, volontari/e) hanno risorse da esprimere. Il coinvolgimento attivo dei genitori è un aiuto alla famiglia ad attuare il cambiamento (vedi modello **Family Based Therapy** o FBT[226] e il modello del **Family Decision Making**[227]) poiché per promuovere un cambiamento nel/nella bambino/a è necessario intervenire anche su di loro, aiutarli/e a pensare per trovare soluzioni, ricercando l'alleanza e la responsabilizzazione della famiglia rispetto al problema del/della bambino/a.

(5) Spesso il *blackout* della mentalizzazione dei genitori può contagiare gli/le operatori/trici: il lavoro multidisciplinare aiuta a riattivare la capacità di pensare di operatori/trici, che riescono così a far intravedere anche ai genitori delle possibili soluzioni.

Da segnalare il modello della **Family Group Conference**[228], un modello di lavoro multifamiliare all'interno del quale le famiglie si confrontano dando spazio a possibilità trasformative attraverso un processo di rispecchiamento. Questo perché le famiglie più problematiche si approcciano più facilmente a un gruppo che a interventi individuali di servizio. Nel gruppo è prevista anche la presenza dei/delle bambini/e, della famiglia, del/della coordinatore/trice, che è il regista del processo, e dell'operatore di "*advocacy*"[229] (che affianca e sostiene il soggetto di minore età dando voce al suo pensiero).

2.4.3.2 Prevenzione dell'abuso sessuale

La prevenzione dell'abuso sessuale su persone di minore età pone sfide uniche nello sviluppo di interventi efficaci. Mentre sono stati identificati, per chi si prende cura del/della piccola/a, molti fattori di rischio per abuso fisico e negligenza, per la stessa persona le caratteristiche sono molto meno predittive nell'abuso sessuale. Non esiste un profilo tipico di un/a autore/trice di abusi sessuali, ciò rende difficile sviluppare programmi di prevenzione specifici. Inoltre, alcune persone adulte sono a disagio con qualsiasi discussione sulla sessualità in quanto riguarda i/le loro figli/e. Possono quindi essere riluttanti a partecipare a programmi di prevenzione rivolti ai genitori e anche più riluttanti a consentire ai/alle loro figli/e di partecipare a programmi di prevenzione[230].

Una revisione sistematica della letteratura[231] ha analizzato 24 studi specifici su interventi di prevenzione per l'abuso sessuale, condotti con un totale di 5802 partecipanti nelle scuole primarie e secondarie in diversi stati: Stati Uniti, Canada, Cina, Germania, Spagna, Taiwan e Turchia.

Sebbene sia stata utilizzata un'ampia gamma di programmi, molti erano gli elementi comuni, tra cui l'insegnamento delle norme di sicurezza, del concetto di proprietà esclusiva del proprio corpo, di parti del corpo particolarmente intime e riservate, la distinzione e il riconoscimento di varie tipologie di toccamenti, il concetto di segreto e le diverse tipologie di segreto, e a chi rivolgersi per farsi aiutare. La durata degli interventi variava da una singola sessione di 45 minuti a otto sessioni di 20 minuti in giorni consecutivi.

Il programma poteva essere svolto con film, video o DVD, rappresentazioni teatrali e presentazioni multimediali. Altre risorse utilizzate comprendevano canzoni, burattini, fumetti e libri da colorare. I metodi di insegnamento utilizzati nella consegna comprendevano prove, esercitazioni, giochi di ruolo, discussioni e feedback.

Questi programmi concretamente impediscono l'abuso sessuale sui soggetti di minore età? Vi sono alcune prove di un piccolo gruppo di studi, tutti condotti negli Stati Uniti, secondo cui la partecipazione a programmi di prevenzione degli abusi sessuali su bambini/e e adolescenti a scuola può ridurre l'insorgere degli stessi. Uno studio condotto su 2000 soggetti di età compresa tra 10 e 16 anni ha scoperto che le persone, che sono state esposte ad un'educazione preventiva più completa, erano più informate sull'abuso sessuale e riferivano di usare strategie di autoprotezione efficaci. Inoltre trovavano meno difficoltà nel confessare la loro vittimizzazione e meno probabilità di auto-incolparsi (Finkelhor 1995a)[232].

---

[226] Trattamento sviluppato negli anni '90 all'interno del Maudsley Hospital di Londra per la cura dell'anoressia nervosa (detto "metodo Maudsley"), integra aspetti dell'approccio cognitivo comportamentali con quelli dell'intervento sistemico relazionale e del management clinico, usato nei Disturbi della Condotta Alimentare e nelle TossicoDipendenze.

[227] *La valutazione dei Family Group Decision Making Models: metavalutazione e sintesi degli approcci. Verso un metodo di valutazione appropriato*. Giudice E., 2012, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

[228] Maci F., *Lavorare con le famiglie nella tutela minorile: il modello delle Family Group Conference.* 2011, Edizioni Erickson.

[229] Sin. Patrocinio, sostegno (Treccani, on line, treccani.it/vocabolario).

[230] *Prevention of child maltreatment*. W.G. Lane. USA, 2014.

[231] Walsh K. *et al.*, *School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse*. (2015) Australia.

[232] *Finkelhor D.* (1995) *The victimization of children: A developmental perspective.* American Journal of Orthopsychiatry, 65(2), 177–193.

Anche alla luce della più recente letteratura disponibile sul tema, il ruolo della Scuola tra i 3 e gli 11 anni come promotrice di prevenzione potrebbe essere limitato sulla fattispecie dell'abuso sessuale (se non di fronte a evidenze oggettive, ma qui saremmo già nel campo dell'intervento vero e proprio), mentre risulta avere una notevole potenzialità nell'ambito della prevenzione del maltrattamento (che, nella stragrande maggioranza dei casi, esordisce come abuso di mezzi di correzione e come incompetenza genitoriale a fronteggiare il comportamento inadeguato dei/delle figli/e, le cui evidenze sono facilmente osservabili a scuola) e nell'ambito della prevenzione delle patologie delle cure, soprattutto, ma non solo, alla scuola dell'infanzia.

2.4.3.2 Prevenzione delle mutilazioni genitali femminili[233]

Le mutilazioni genitali femminili (MGF) sono inquadrabili come forma di maltrattamento fisico[234].

Ai fini della prevenzione del fenomeno "criminoso"[235] si individuano alcune buone prassi[236], quali: promozione di campagne informative, iniziative di sensibilizzazione ed informazione, programmi di aggiornamento, predisposizione di linee guida per personale sanitario, istituzione di un numero verde per segnalazioni. Occorre individuare meccanismi preventivi e percorsi specifici, all'interno della rete di operatori/trici socio-sanitari/e che ne sono più direttamente coinvolti/e.

Gli assunti fondamentali che ne costituiscono l'impianto sono:

- individuazione precoce e il monitoraggio dei casi a rischio
- informazione rivolta alle comunità
- formazione e aggiornamento continuo per gli/le operatori/trici coinvolti/e.

L'importanza dell'aspetto preventivo e dell'elaborazione di procedure in tal senso è stata sottolineata anche dal Parlamento Europeo nella Risoluzione del 24 marzo 2009, che affronta il tema della lotta contro le mutilazioni genitali femminili nell'UE (2008/2071(INI)). Agli articoli 29 e 30 si invitano gli Stati membri ad "attuare una strategia preventiva di azione sociale per proteggere le minorenni senza stigmatizzare le comunità delle/dei migranti" ed a "elaborare orientamenti per gli/le operatori/trici sanitari/e, gli/le educatori/trici e gli/le assistenti sociali per informare adeguatamente i genitori degli effetti delle MGF e del fatto che queste pratiche sono reati".

L'aspetto cruciale della prevenzione e della predisposizione di procedure specifiche si rintraccia anche nella Convenzione di Istanbul[237] e nella successiva risoluzione 2012/2684(RSP) del 14 giugno 2012[238] sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili.

La formazione dei/delle professionisti/e sanitari/e (medico/a, ostetrica, infermiere, psicologo/a) è fondamentale per facilitare la comunicazione, soprattutto in riferimento all'approccio da tenere con le donne e le bambine già sottoposte a tali pratiche, per far fronte ai loro bisogni sanitari e psicosociali e per formarle ad una fisicità in linea con la tutela della salute. [239]

---

[233] A livello nazionale iniziative sull'assistenza alle donne che hanno subito tale pratica sono indicate all'interno dell'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in applicazione della Legge n.7/2006. Per la parte sanitaria le attività in regione Emilia-Romagna sono iniziate nel 1999 nell'ambito del programma regionale di riorganizzazione dei consultori familiari e si sono rafforzate a seguito della Legge nazionale sopra menzionata che ha finanziato le iniziative. Per la parte sociale il progetto ha avuto inizio alla data di sottoscrizione della Convenzione con il Dipartimento Pari Opportunità il 7 novembre 2013. Il 22 ottobre 2015 è stato organizzato il convegno "*Mutilazioni genitali femminili… facciamo il punto*" che è stato occasione di riflessione sui progetti di contrasto alle pratiche di MGF realizzati in questi anni sul territorio regionale e nazionale. Dal 2014 è attivo il **sito internet regionale** www.saperidoc.it/mgf strumento di raccolta e selezione delle conoscenze sul tema MGF. Il sito mette a disposizione dati, documenti, strumenti di ricerca e di formazione per approfondire la conoscenza delle pratiche di MGF. Nel sito internet sono disponibili le informazioni accumulate, i percorsi d'intervento e di formazione realizzati, materiali di documentazione e di approfondimento, per facilitare lo scambio di esperienze e la comunicazione fra tutti gli attori interessati, in particolare i servizi e le comunità migranti.

[234] Bruni V., Dei M., (2000) *Ginecologia del periodo neonatale dell'età evolutiva*. Collana Progressi in ginecologia, SEE Ed.

[235] Legge n.7/2006, Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile https://www.camera.it/parlam/leggi/06007l.htm

[236] Raccomandazioni per la prevenzione, segnalazione, sorveglianza e negoziazione delle MGF tra le donne adulte e le minori provenienti dai paesi a rischio - Regione Toscana - 2016
http://www.regione.toscana.it/documents/10180/13586257/allegato+parere+n.+23-2016+MGF.pdf/957db71d-ff22-473a-a646-764ea75fc037;jsessionid=AD92EDED25E6B5394E80573099DF1C84.web-rt-as01-p2?version=1.0

[237] https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DOSSIER/0/750635/index.html?part=dossier_dossier1-sezione_sezione2-h2_h22

[238] http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+XML+V0//IT

[239] "Linee guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche" (art. 4 – Legge n. 7 del 2006) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_769_allegato.pdf

Determinante è anche la formazione delle figure professionali (mediatori/trici culturali, assistenti sociali, volontariato) che operano con le comunità di migranti provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie.

Un ruolo importante è, inoltre, anche quello svolto dagli/dalle operatori/trici della scuola (insegnanti, responsabili della formazione e dell'educazione alla salute).

Raccomandazione: La mutilazione genitale femminile, in tutte le sue forme, è illegale in Italia. Si raccomanda di fornire un *counselling* adeguato sui rischi per la salute immediata e futura della bambina, oltre che sugli aspetti di natura legale connessi a questa pratica, anche quando venga effettuata durante un temporaneo soggiorno nel paese di origine.

2.5 Prevenzione dell'abuso e del maltrattamento nella preadolescenza e adolescenza (fascia 11-18 anni)

2.5.1 Interventi

La prevenzione rivolta a preadolescenti e adolescenti, a prescindere dal focus dell'intervento, non può essere solo informazione, ma deve sostanziare un'offerta di aiuto, di percorsi che consentano ai soggetti di sviluppare un atteggiamento attivo, di protagonismo, di consapevolezza. Non funziona invece l'intervento di prevenzione fondato sulla minaccia del "danno".

Poiché le/gli adolescenti si sviluppano in relazione al contesto, quest'ultimo va compreso e va integrato nella prevenzione: questo è il motivo per cui la maggior parte degli interventi di prevenzione in adolescenza e preadolescenza hanno come teatro la scuola e il gruppo dei/delle pari. I modelli di prevenzione virtuosi sostengono i processi di consapevolezza, di cura di sé e di sintonizzazione sui propri bisogni, insegnano ai/alle ragazzi/e a selezionare le informazioni e a compiere scelte caratterizzate da assertività e da condotte di autotutela: in particolare, bisogna aiutare i/le ragazzi/e a stare nel conflitto generato da relazioni ambivalenti, ad attraversarlo e a superarlo, ma soprattutto ancora prima a riconoscerlo.

Nella prevenzione del maltrattamento e dell'abuso, come negli altri interventi di prevenzione in questa fascia di età, va attivato nei/nelle ragazzi/e un processo di "conoscenza delle rappresentazioni", cioè bisogna aiutarli/e a socializzare la rappresentazione, l'idea che loro hanno di relazione sana e di relazione maltrattante: partendo da queste comuni riflessioni, li/e si aiuta a confrontarsi sullo stesso problema. Come persone adulte ci si pone al servizio dei processi di riflessione e mentalizzazione dei/delle ragazzi/e, favorendo la condivisione del problema.

Prevenzione primaria

Tra le strategie di promozione della salute psicofisica (politiche per la salute pubblica, creazione di ambienti di vita sani, rafforzamento degli interventi comunitari e riorientamento dei servizi verso la promozione della salute, la prevenzione e gli interventi precoci[240]), la letteratura riporta numerosi interventi volti a favorire lo sviluppo di quelle abilità personali indispensabili per muoversi adeguatamente nelle relazioni con le altre persone, le **competenze psicosociali[241] (CPS**)o ***Life Skills***, che comprendono:

a) le abilità sociali:

- saper ascoltare, comprendere le necessità e il punto di vista dell'altro/a e sapere come comunicare detta comprensione;
- imparare a negoziare i conflitti interpersonali usando la parola, resistendo alla pressione dei/delle pari, con la capacità di autoaffermazione, dialogo, discussione, difesa ragionata delle proprie argomentazioni, ma allo stesso tempo con la flessibilità necessaria a integrare il contributo degli/delle altri/e;
- avere le proprie opinioni, saperle comunicare e mantenerle dinanzi agli/alle altri/e; collaborare con gli/le altri/e, saper lavorare in gruppo, rispettare e riflettere sulle opinioni degli/delle altri/e;
- stabilire e prendersi cura delle amicizie;
- imparare a mantenere uno spazio personale nella relazione, intimo, e saperlo proteggere con metodi non violenti.

[240] Sabrià Pau J. (2017). "*Prevention and early detection of emotional and behavioral problems in childhood in pediatric primary care*". Pediatria Integral 21(1): 8-14.

[241] L'educazione sociale ed emozionale non è, nella maggior parte dei casi, la stessa per ragazze e ragazzi.

b) le abilità emozionali:

- riconoscere, comprendere ed esprimere le proprie emozioni e sentimenti;
- apprendere a gestire i sentimenti in maniera da consentire una risposta adeguata alla situazione che si sta vivendo;
- riconoscere, captare i sentimenti degli/delle altri/e e saper rispondere in maniera adeguata;
- competenze nella gestione dello stress, che implicano gestione del tempo, pensiero positivo e sapersi rilassare

c) le abilità cognitive:

- consapevolezza dei valori, delle attitudini e delle norme che ci influenzano;
- conservare un pensiero critico, valutando l'influenza dei mezzi di comunicazione e delle correnti di opinione;
- essere competenti nel prendere decisioni e nella risoluzione di problemi.

Il progetto *Life Skills* ha avuto ampia diffusione in molte nazioni ma scarsa applicazione in Italia, dove tuttavia esperienze analoghe vengono promosse all'interno di progetti di "educazione socio-affettiva", "educazione emotiva" o nel contesto di progetti di *peer education*[242,243].

Citiamo tra le varie esperienze di prevenzione primaria descritte in letteratura:

- i programmi di psicoeducazione sull'aggressività (come il **Dating Violence Prevention Program**[244]) fornita dagli/dalle insegnanti agli/alle studenti delle scuole superiori, tramite sessioni di discussione, giochi di ruolo e teatro, elaborazione di protocolli da utilizzare nei casi di violenza a scuola, con particolare attenzione alla segnalazione agli/alle insegnanti, come fattore di protezione e mezzo per l'individuazione precoce della violenza e per la prevenzione della stessa;
- la formazione dei soggetti di minore età attraverso programmi scolastici che coprono temi come la proprietà del corpo[245] e i comportamenti adeguati per difenderlo[246], e che prevedono l'uso di vari strumenti (libri, fumetti, drammi teatrali, spettacoli di burattini, film, conferenze e discussioni, singoli o in combinazione), di approcci puramente didattici (come un discorso, l'ascolto passivo degli/delle studenti e l'acquisizione di conoscenza), approcci comportamentali (come il modellamento, cioè l'osservazione del comportamento), partecipazione attiva degli/delle studenti a giochi di ruolo, alle prove o alla pratica di nuove abilità di autoprotezione;
- i modelli di apprendimento tra pari sulla violenza di genere (**The Mentors in Violence Prevention**, MVP[247]).

Prevenzione secondaria e terziaria

Possiamo intuire quanto la presenza delle competenze psicosociali sia fondamentale per riconoscere una relazione abusante, e possiamo anche pensare che in adolescenti e preadolescenti con storie di sviluppo traumatico, come già visto nella parte introduttiva, queste competenze siano compromesse. Soprattutto in contesti di prevenzione secondaria e terziaria, spesso quello che spinge questi/e ragazzi/e a perseverare in un comportamento dannoso, come ad esempio accettare di rimanere all'interno di una relazione violenta, non è tanto l'ignoranza sugli effetti, ma quanto il pessimismo sulla propria possibilità di sperimentare relazioni alternative.

È importante mettere a confronto le opinioni dei/delle ragazzi/e sulla rappresentazione che hanno di relazione sana e relazione maltrattante, dare come adulti/e di riferimento un contributo sulla costruzione di una definizione condivisa di entrambi i tipi di relazione, esaminare le possibili motivazioni soggettive sottese alla

[242] Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M. (2004) *Educare. Le Life Skills*.

[243] Una sperimentazione di un programma di Life Skills, della durata di 3 anni e rivolta alle scuole medie inferiori, è nata a Bologna dalla collaborazione tra diverse realtà istituzionali del territorio (due quartieri della città, tre Istituti Onnicomprensivi, lo Spazio Giovani della AUSL e il Centro per le Famiglie del Comune di Bologna) Marmocchi P., Dall'Aglio C., Zannini M. (2004) Un'esperienza di Life Skills Education, in Educare. Le Life Skills, Cap.2, 29-60.

[244] Lester S. *et al.* (2017). *What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews*. Psychol Health Med. 22 (sup1): 187-223.

[245] Anche se qui si fa riferimento a persone in età pre e adolescenziale non si può ignorare che la violenza sul corpo della donna sia più legittimata di quella sul corpo degli uomini.

[246] Walsh K. *et al.* (2015) *School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse.* Cochrane Database Syst Rev., Australia.

[247] Williams D.J., Neville F.G. (2017). *Qualitative evaluation of the mentors in violence prevention pilot in Scottish high schools*. Psychology of Violence, 7(2), 213.

accettazione di una relazione maltrattante o al comportamento maltrattante, e infine dare delle indicazioni per sostenere la persona nella formulazione di una domanda di aiuto, qualora le risorse personali non siano in quel momento sufficienti.

La conduzione di questi interventi, vista la delicatezza dell'argomento e il rischio di incontrare adolescenti vittime di maltrattamento da parte di chi li/le accudisce, deve sollecitare la soggettività del ruolo di studente più che quella personale, le opinioni più che le confessioni, le capacità di analisi più che le confidenze, per ridurre il possibile imbarazzo del/della singolo/a.

Citiamo alcune tra le esperienze descritte in letteratura:

- programmi scolastici di psicoeducazione (come l'**Expect Respect Support Groups**[248] (ERSG): gruppi di supporto per esigere rispetto, focalizzati sullo sviluppo di abilità relazionali sane) rivolti a ragazzi/e che sono stati esposti ad almeno una forma di violenza, come la *Teen Dating Violence* (TDV) (dinamiche violente nelle relazioni amorose tra adolescenti), la *Intimate Partner Violence* (IPV) tra i genitori come violenza assistita, la violenza tra pari, l'abuso e qualche altra forma di violenza domestica o in contesti comunitari;
- consultazione breve di tipo educativo da parte di infermieri/e scolastici/che, adeguatamente formati/e sulle relazioni di abuso in adolescenza (*Adolescent Relationship Abuse*, ARA), nell'ambito di un programma nazionale (**Project Connect**[249]) mirato a costruire una partnership tra le agenzie di pubblica sicurezza e i servizi che si occupano di violenza domestica;
- programmi che aiutino a promuovere strategie di risoluzione positiva dei conflitti genitoriali[250], per incidere positivamente, anche sulla risoluzione dei conflitti adolescenziali, in adolescenti cresciuti/e all'interno di famiglie con *Inter Parental Violence* (IPV) associata a disturbi psichiatrici materni (disturbo bipolare e depressione).

2.5.2 Raccomandazioni a Servizi/Enti/Agenzie

Dalle evidenze scientifiche e dal monitoraggio delle buone prassi raccolte e descritte nei piani di zona 2017-19 della Regione Emilia-Romagna si individuano le seguenti raccomandazioni riferite ai diversi Servizi/Enti/Agenzie per gli interventi nella fascia 11-18 anni.

Istituzioni

Affinché gli effetti si riverberino sulle fasce di età successive, si raccomanda di effettuare investimenti nello sviluppo a partire dalla prima infanzia in quanto hanno mostrato rendimenti positivi, tra cui miglioramenti nella salute mentale, nella salute fisica e nel rendimento scolastico, nonché tassi più bassi di comportamenti violenti, dipendenza e povertà.

Servizio sanitario[251]

L'intervento specifico e prioritario del Servizio sanitario è di:

- riconoscere nella popolazione che afferisce ai diversi Servizi, i soggetti minorenni potenzialmente a rischio di maltrattamento;
- potenziare la capacità di rimuovere fattori di rischio familiari e sociali per una efficace prevenzione primaria;
- riconoscere nell'ascolto attivo uno strumento fondamentale per la prevenzione secondaria del fenomeno;
- effettuare una valutazione "ecologica" della persona di minore età e del nucleo familiare con diagnosi delle condizioni di rischio;
- individuare precocemente le situazioni di abuso e maltrattamento con segnalazione alla Magistratura e ai Servizi sociali;

[248] Reidy D.E. *et al*. (2017). *Evaluation of the expect respect support group program: a violence prevention strategy for youth exposed to violence.* Preventive Medicine 100, 235-242.
[249] Raible C.A. *et al*. (2016). *School nurse-delivered adolescent relationship abuse prevention*. Journal of School Health, 87: 524-530.
[250] Narayan A.J. *et al*. (2015). *Interparental Violence and Maternal Mood Disorders as predictors of adolescent physical aggression within the family*. Aggress Behav 41(3): 253-266.
[251] "Nuovo protocollo interistituzionale per la tutela dei minori in situazioni di disagio, sospetto abuso e maltrattamento (Provincia di Modena, 2016) http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/ausl-mo/un-protocollo-per-la-tutela-dei-minori-contro-abusi-e-disagio https://www.ic1modena.edu.it/wp-content/uploads/2014/11/NUOVO-PROTOCOLLO-INTERISTITUZIONALE-2016.pdf

- valutare, rispetto ai fattori di rischio e pregiudizio, la capacità genitoriale e l'esistenza di una rete di protezione ambientale, anche in collaborazione con i Servizi sociali;
- collaborare con i Servizi sociali e le altre Agenzie coinvolte per sostenere un intervento integrato;
- valutare le capacità genitoriali ed effettuare la valutazione psicologica del recupero della genitorialità;
- effettuare interventi psicoterapici rivolti al singolo e/o al nucleo familiare;
- istituire percorsi privilegiati per ragazze/I nei casi di urgenza con procedure concordate;
- accompagnare (assistenza psicologica) il/la ragazzo/a in tutte le fasi dell'iter giudiziario.

Servizio sociale

La legislazione nazionale e regionale attribuisce al Servizio sociale l'obbligo istituzionale degli interventi di tutela dei/delle minorenni che prevede la diretta partecipazione della sanità pubblica nella gestione della presa in carico e cura dell'adolescente. Il Servizio sociale assicura la tutela della salute psicofisica del minorenne, presunta vittima di abuso e maltrattamento, e mette in atto le disposizioni dell'Autorità Giudiziaria minorile. Le prestazioni di tipo socio-assistenziale al/alla ragazzo/a e alla sua famiglia devono essere integrate con quelle di tipo sanitario, in un'ottica di intervento di rete dei servizi. L'assistente sociale possiede le competenze tecnico-professionali e gli strumenti per attivare le azioni protettive più specifiche e per svolgere la valutazione sociale.

Con l'indagine sociale si raccolgono le informazioni sul contesto ambientale e relazionale in cui vive la persona di minore età, e ciò consente di valutare comparativamente la presenza di fattori di rischio e la presenza di fattori protettivi sia ambientali che familiari.

I Servizi sociali degli Enti locali o delegati a svolgere le funzioni di tutela dei/delle ragazzi/e hanno il compito di promuovere interventi di natura sociale che vadano ad agire sul disagio familiare e personale per prevenire e ridurre le condizioni di rischio.

Scuola

Come detto precedentemente la Scuola è un osservatorio privilegiato sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, gli/le insegnanti rappresentano una delle fonti più importanti di segnalazione delle situazioni di disagio e di rilevamento precoce dei casi già in atto e, attraverso il loro rapporto quotidiano con i/le ragazzi/e e nell'esercizio della loro professione, possono svolgere una notevole funzione preventiva. La Scuola, inoltre, può e deve collaborare con i Servizi preposti quale parte della rete di sostegno necessaria in corso di accertamento e trattamento.

La Scuola attraverso la propria funzione educativa tesa a far conseguire il successo formativo (L. 275/99) e nell'ottica della prevenzione si impegna a:

- favorire lo sviluppo della personalità dei soggetti in età evolutiva (L. 53/03, D. Lgs. 59/04);
- promuovere nel/nella ragazzo/a la consapevolezza dei propri bisogni-desideri e la capacità di verbalizzarli;
- aiutare il/la ragazzo/a ad acquisire la capacità di riconoscere il bisogno di aiuto, individuando precise figure di riferimento (costruzione di una rete di protezione sociale);
- favorire e promuove progetti sull'educazione all'affettività e alla sessualità per gli/le alunni/e e interventi di formazione per insegnati e genitori mirati alla prevenzione.

Nello svolgimento delle proprie funzioni i/le docenti possono:

- prestare particolare attenzione ad eventuali presenze sospette di segni fisici;
- raccogliere confidenze e racconti spontanei attraverso le attività didattiche e gli sportelli di ascolto;
- osservare e rilevare atteggiamenti/comportamenti inadeguati all'età o come segnali di sofferenze e forte disagio manifestati nell'attività didattiche, nei rapporti con i/le compagni/e e con le persone adulte.

Nelle situazioni di sospetto abuso o maltrattamento la Scuola, che non ha compito d'indagine, procede a segnalare ai Servizi sociali territoriali e/o a denunciare direttamente all'Autorità Giudiziaria competente i fatti rilevati.

FOBIA SCOLARE

Con il termine improprio di "fobia scolare" si intende la condizione in cui un minorenne presenta insormontabili difficoltà a recarsi a scuola. In realtà tale condizione può essere determinata da molteplici fattori che riguardano l'ambiente scolastico o, più frequentemente, quello familiare. Possono essere implicati anche disturbi psicopatologici.

Tra i fattori inerenti l'ambiente scolastico sono da ricordare i fenomeni di bullismo, soprattutto nei soggetti con difficoltà di adattamento o con fragilità di varia natura (disabilità, svantaggio sociofamiliare).

Tra le condizioni familiari vi sono la violenza assistita, i maltrattamenti (comprese le condizioni di ipercuria), gli abusi, le patologie da separazione, le gravi malattie di membri della famiglia.

Tra le condizioni individuali vi sono i disturbi d'ansia (specie da separazione), la depressione, i disturbi da disadattamento, la sindrome post traumatica da stress, gli esordi psicotici. Infine, sono da considerare le dipendenze patologiche e le cosiddette "nuove dipendenze", come quella da internet."

Terzo settore[252]

Raccomandazione: Monitorare le iniziative e valutare le opportunità presentate nei piani di zona a livello locale (vedi Piano pluriennale adolescenza 2018-2020[253]).

2.5.3 PREVENZIONE SPECIFICA

2.5.3.1 Prevenzione della violenza nelle giovani coppie

Le relazioni amorose e sessuali svolgono un ruolo importante nel corso della pubertà e dell'adolescenza permettendo ai/alle giovani di assolvere ad alcuni compiti evolutivi, come la realizzazione del desiderio di intimità, la scoperta della sessualità e l'acquisizione di un ruolo sociale, accedendo alla dimensione di coppia.

Le relazioni di coppia inoltre possono favorire il processo di autonomizzazione dalla famiglia e la costruzione di un'immagine positiva di sé, influenzando le successive esperienze sociali e relazionali.

La violenza può però manifestarsi già in queste prime esperienze, spesso con conseguenze negative dal punto di vista evolutivo. Recentemente il fenomeno della cosiddetta ***Teen Dating Violence*** (TDV) sta attirando l'attenzione di ricercatori/trici ed operatori/trici. La TDV è stata definita come "quell'insieme di atti di coercizione, prevaricazione e controllo, agiti mediante maltrattamento psicologico, aggressioni fisiche, abuso sessuale o anche solo la minaccia di simili azioni, agiti ripetutamente e intenzionalmente, che causano un danno in chi li subisce e che si caratterizzano per avere luogo all'interno di relazioni intime che differiscono dalle situazioni di violenza domestica in quanto la coppia non è legata da vincoli strutturati (Lavoie, Robitaille e Hebert,2000[254]; Ely Dulmus e Wodarski, 2002[255]). Le singole forme di violenza si possono manifestare anche congiuntamente, come di fatto accade nella maggior parte dei casi."[256]

Il fenomeno può tradursi in comportamenti di prevaricazione e controllo relativi alle attività e alle relazioni del/della partner, in violenza fisica o in ritorsioni rivolte ad oggetti di proprietà del/della partner, nell'esercitare pressioni per ottenere rapporti sessuali indesiderati anche attraverso intimidazioni, fino ad arrivare allo stupro. All'interno del rapporto le richieste relative ad attività sessuali e all'utilizzo o meno di contraccezione possono essere facilmente confuse con gesti e manifestazioni d'amore appassionate, così come alcuni comportamenti violenti possono essere inizialmente interpretati come manifestazioni di forte gelosia derivante da un intenso coinvolgimento. Dal punto di vista clinico l'adolescente che presenta aspetti di sofferenza legati alla relazione di coppia violenta, può trovarsi in notevole difficoltà nel riconoscerla e nel connettere il proprio disagio all'esperienza relazionale che sta vivendo.

---

[252] Il Terzo Settore comprende: sistemi di accoglienza extra-familiare, cooperative sociali, associazioni di volontariato, centri di aggregazione, centri antiviolenza ecc.

[253] http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza-2/piano-per-ladolescenza

[254] Lavoie F., Robitaille L., Hebert M. (2000). *Teen dating relationships and aggression, an exploratory study*. Violence Against Women, 6: 6-36.

[255] Ely G. *et al.* (2002). *Adolescent Dating Violence*. In Handbook of Violence, New York, Casa Editrice Wiley, pp.33-53

[256] Pomicino L. *Stereotipi e violenza di genere. La violenza nelle relazioni intime tra adolescenti*. In Marmocchi P. *et al.* (2018). Percorsi di educazione affettiva e sessuale per preadolescenti. Il Progetto "W L'Amore". Cap. 6, p. 94, Edizioni Erickson.

I dati del fenomeno nel nostro paese non sono ancora molto numerosi ma mettono in evidenza la presenza di un certo ricorso a forme di violenza nelle giovani coppie. L'indagine nazionale ad opera di Telefono Azzurro e Doxa Kids (2014) rivolta a ragazzi e ragazze tra i 12 e i 18 anni riporta che il 22,7% dei soggetti ha riferito di essere stato oggetto di urla da parte del o della partner, il 13,9% riferisce di essere stato insultato/a dal/dalla partner, il 5,7% di essere stato forzato ad avere approcci o rapporti sessuali indesiderati e un 5,7% di essere stato/a picchiato/a dal/dalla partner[257].

Come già più volte evidenziato in questo Quaderno, il fenomeno della TDV, non diversamente da altre forme di violenza, per essere affrontato efficacemente deve prevedere un allargamento della prospettiva che segua il modello ecologico, includendo diversi livelli di intervento. In quest'ottica la lettura del fenomeno deve comprendere, accanto al livello individuale, quello relazionale, allargando lo sguardo alla comunità, fino ad includere l'intera società.

"Questo approccio ha gradualmente portato all'evidenza di come alla base dell'agito violento all'interno di una relazione di coppia ci sia uno stretto ancoraggio stereotipico a dei ruoli di genere culturalmente costruiti ma vissuti come intoccabili e che definiscono in modo aprioristico e apparentemente immutabile il rapporto tra maschile e femminile"[258]. Per questa ragione gli interventi di prevenzione dovrebbero lavorare sulle rappresentazioni e sugli stereotipi di genere fin dall'infanzia per trasformare il contesto culturale che concorre a generare e sostenere il fenomeno.

Alcuni interventi, come il **progetto "No alla violenza"**, messo a punto dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Trieste, utilizzano il web in quanto ambiente familiare agli/alle adolescenti. Il sito www.units.it/noallaviolenza/ si rivolge a ragazzi e ragazze affrontando il tema della violenza nelle sue varie declinazioni e riservando uno spazio particolare alla violenza nelle giovani coppie. L'obiettivo è quello di "offrire le informazioni utili per comprendere cosa è la violenza, quanto è diffusa, come può manifestarsi, quali conseguenze può provocare e soprattutto come evitarla e come uscirne".

Il **progetto "W L'Amore"**[259], promosso dalla Regione Emilia-Romagna, ideato per le studentesse e gli studenti delle scuole superiori di primo grado, ha lo scopo di sostenere studenti e studentesse nello sviluppo di competenze relazionali e affettive e di fornire strumenti utili per vivere in modo consapevole e sicuro la sessualità. All'interno del percorso, che coinvolge anche gli/le insegnanti, vengono considerate le differenze tra ragazzi e ragazze, le differenze di valori e principi sul tema della sessualità, la diversità nel modo in cui i/le giovani vivono le relazioni, giovani con diversi background culturali, sociali e religiosi. È previsto un modulo dedicato all'influenza dei modelli familiari, sociali e mediatici sulla formazione dell'identità di genere, e agli stereotipi e pregiudizi sulle differenze di genere. All'interno delle attività di prevenzione dello Spazio Giovani esistono altri progetti per i/le ragazzi/e delle scuole superiori di secondo grado (ad es. "Uno Spazio per i Giovani"[260]), che pur non lavorando espressamente sulla prevenzione del maltrattamento hanno l'obiettivo di informare gli/le adolescenti e di favorire la consapevolezza di sé e delle proprie relazioni all'interno dei compiti evolutivi propri di questa fascia d'età.

2.5.3.2 Prevenzione del bullismo

Come detto precedentemente[261] è importante tenere presente che bullo/a e vittima rappresentano due diverse reazioni allo stesso problema, quindi l'intervento sull'evento critico o di prevenzione deve tener conto di entrambi.

L'intervento di prevenzione secondaria sul bullismo è molto complesso, poiché deve rappresentare un momento di crescita sia per la vittima che per il/la bullo/a; accade spesso che gli agiti delle persone adulte abbiano una funzione puramente autoconsolatoria per esse stesse, ma che vadano a peggiorare la situazione dei/delle ragazzi/e. Ogni sintomo (sia l'aggressività del/della bullo/a che il ritiro della vittima) deve essere letto sia come segnale di disagio che come strategia di cura di questo stesso disagio: non va semplicemente combattuto ma interpretato, gli va dato un senso come risposta a un dolore. Vista la numerosità degli attori coinvolti nell'episodio di bullismo, gli interventi di prevenzione a scuola sul gruppo classe creano cultura e

[257] Telefono Azzurro e Doxa Kids (2014), Osservatorio Adolescenti, http://www.azzurro.it/it/content/osservatorio-adolescenti https://azzurro.it/wp-content/uploads/2020/08/Doxa2014.pdf

[258] Marmocchi P. *et al.* (2018). *Percorsi di educazione affettiva e sessuale per preadolescenti. Il Progetto "W L'Amore"*. Cap. 6, p. 100, Edizioni Erickson.

[259] Il progetto e alcuni materiali sono reperibili sul sito www.wlamore.it

[260] I progetti promossi dall'Azienda USL di Bologna sono reperibili sul catalogo annuale "Obiettivo Salute" 2018-2019.

[261] Vedi anche paragrafo 1.5.3

orientano verso comportamenti più consapevoli, poiché la classe funziona come una mente condivisa con dinamiche di cambiamento molto potenti[262].

Le campagne sul bullismo unicamente focalizzate sulla svalutazione del/della bullo/a non fanno altro che mortificare i/le bulli/e esattamente come i/le bulli/e fanno con le loro vittime: la mortificazione del/della bullo/a può incrementarne il sentimento di inadeguatezza, portandolo ad attivarsi su azioni "grandiose" come meccanismo di compensazione. Si rischia di trasmettere il messaggio che comunque qualcuno prevarica e mortifica, in questo caso l'adulto/a. La vittima in genere incarna il rischio di rimanere piccola, è allineata con il mondo adulto, mentre il/la bullo/a si sente indipendente dalle persone adulte: insieme mettono in scena il conflitto, proprio di questa fase evolutiva, tra il sé infantile e il sé adolescente, dove quest'ultimo mortifica il sé bambino.

Per entrambi è utile un intervento individuale e di gruppo, per imparare a gestire le emozioni: abituarli/e, rispecchiandoli, a viverle. La vittima di bullismo inizialmente accede più facilmente a un intervento individuale, poiché il profondo sentimento di vergogna gli/le rende non affrontabile il gruppo dei pari, se non in un secondo tempo. Il/la bullo/a è in genere seduttivo, simpatico, e vive ciò che accade in modo egosintonico. Va costruita una rete di alleanza con la scuola per portare alla luce gli episodi di bullismo e per evitare un'escalation. L'intervento sul/sulla bullo/a mira ad aiutarlo/a ad empatizzare coi sentimenti della vittima, in genere entra più volentieri nell'attività di gruppo e va avvicinato/a lentamente all'intervento individuale. La comparsa di un autentico senso di colpa segna il successo dell'intervento sul/sulla bullo/a.

2.6 Buone prassi locali: interventi e strumenti di prevenzione

Nei Piani di Zona 2018-2020[263] della Regione Emilia-Romagna sono presenti molte buone prassi di prevenzione che possono offrire spunti utili a guidare la costruzione di percorsi analoghi.

Nella regione Emilia-Romagna è stato svolto molto lavoro nel campo dei Servizi socio-sanitari e raccontare quello che è stato fatto può incoraggiare e aiutare altre realtà ad avviare, o a consolidare, esperienze in direzioni già praticate, con il beneficio dello scambio di informazioni e del confronto, in itinere, con i soggetti che le hanno sviluppate.

Il senso di questo paragrafo è da leggersi in un'ottica di **possibile replicabilità**: come costruire un sistema di interventi riconoscibili e coerenti tra loro e come farlo capitalizzando competenze già provate e ottimizzando risorse già investite (Tabella XII).

Quella che segue è quindi una sintesi delle buone prassi tratte da alcune schede dei Piani di Zona 2018-2020 della Regione Emilia-Romagna.

In particolare la scheda n.15 (Interventi nei primi 1000 giorni di vita), la n.16 (Sostegno alla genitorialità), la n.17 (Progetto Adolescenza), la n.18 (Salute sessuale e riproduttiva), la n.25 (Contrasto alla violenza di genere), la n.37 (Qualificazione del sistema di accoglienza e cura dell'infanzia/adolescenza con bisogni socio-sanitari complessi).

Nella sintesi, oltre ad alcune esperienze che potremmo definire ormai di sistema, ve ne sono altre sviluppate per dare risposte specifiche all'evoluzione dei bisogni familiari-sociali-culturali di contesti in progressiva trasformazione. Sono metodi di lavoro e piste operative per la costruzione e il potenziamento di comunità attente ai bisogni delle persone di minore età e alla loro tutela.

Metodologia di lavoro

Le buone prassi individuate sono state ordinate per **temi**. Di ogni tema è data una breve **descrizione**, relativa all'utilità del tipo di prassi nell'ambito della prevenzione. Ogni buona prassi è descritta per brevi cenni, utili a farsi un'idea del tipo di intervento in ordine alla sua possibile replicabilità. Il riferimento ad alcuni dei **territori**, dove tali prassi sono state sperimentate, consente di risalire alla loro fonte per informazioni e contatti. Il caso di riferimento mancante è motivato dall'ampia, se non totale, diffusione della buona prassi. La sintesi si sviluppa secondo un ordine di consequenzialità: dalle iniziative più generali e propedeutiche a quelle più specifiche e mirate a particolari target di interesse.

[262] Giori F. *et al.* (1998). *Adolescenza e rischio. Il gruppo classe come risorsa per la prevenzione*. Ed. Franco Angeli.
[263] https://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/i-piani-di-zona-distrettuali

Temi delle buone prassi:

- Indagini
- Centri per le famiglie
- Percorso nascita
- Comunità educante
- Situazioni problematiche
- Contributi economici
- Interventi di formazione per operatori ed operatrici dei servizi socio-sanitari
- Interventi di sensibilizzazione e di formazione per genitori
- Interventi educativi per bambine/i e ragazze/i
- Interventi di cura e riparazione
- Reti territoriali, protocolli e accordi di collaborazione

Tabella XII. Tabella di sintesi delle buone prassi estratte dai Piani di Zona 2018-2020 per la prevenzione di maltrattamento e abuso su persone di minore età, Regione Emilia-Romagna.

Indagini

L'indagine, intesa come ricerca, analisi ed elaborazione di dati, è un elemento importante anche per la valutazione delle misure preventive da progettare e da intraprendere.

Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Indagine sul profilo di salute delle persone di minore età	Tutte le persone di minore età	AUSL Ferrara - Distr.[264] Centro Nord
Ecomappa: strumento per la mappatura delle risorse esplicite ed implicite del nucleo familiare	Famiglie	AUSL Romagna - Distr. Forlì

Centri per le Famiglie

I Centri per le Famiglie sono presidi distrettuali fondamentali sia per il monitoraggio dello stato di benessere delle famiglie, sia per interventi *mainstreaming* di promozione e prevenzione che possono andare dalle attività di gruppo, a quelle individuali, per persone adulte e per persone di minore età.

Percorso Nascita

Il Percorso Nascita può essere un'opportunità di avvicinamento a situazioni a rischio con la possibilità di attivazione di iniziative di prevenzione che coinvolgano sia le madri che i padri.

Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
"Sceglie di scegliere": progetto su gravidanze indesiderate	Gravide interessate	AUSL Modena - Distr. Carpi
Screening della violenza domestica in gravidanza	Tutte le gravide	AUSL Modena - Distr. Vignola
Screening depressione e violenza	Tutte le gravide	AUSL Modena - Distr. Carpi AUSL Modena - Distr. Pavullo
Continuità assistenziale *post-partum*	Per ogni nascita	
Screening perinatale dei possibili segnali predittivi di genitorialità fragile, insicura e incapace di affrontare in modo adeguato le responsabilità della maternità/paternità: povertà cronica, basso livello di istruzione, parti in età adolescenziale, carenza di relazioni interpersonali, carenza di reti e di integrazione sociale, esperienze di rifiuto, violenza, abuso subite nell'infanzia, accettazione della violenza e punizioni come pratiche educative, accettazione della pornografia infantile, scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del/della bambino/a, condizione di monogenitorialità	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Mirandola

[264] Legenda: Distr. = Distretto.

Prosegue tabella Percorso Nascita Percorsi multidisciplinari per gravidanze multiproblematiche	Situazioni specifiche	AUSL Modena - Distr. Carpi AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
Home visiting: identificazione di fattori di rischio e di risorse individuali, familiari e sociali per la prevenzione di episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento e di abuso, sostegno nell'adattamento dei comportamenti genitoriali allo sviluppo di bambini/e, sostegno alla costruzione di legami di attaccamento sicuri, rafforzamento dell'autostima genitoriale	Per ogni nascita	AUSL Modena - Distr. Castelfranco Emilia AUSL Modena - Distr. Vignola AUSL Modena - Distr. Pavullo AUSL Ferrara - Distr. Sud Est AUSL Reggio Emilia - Distr. Montecchio AUSL Reggio Emilia - Distr. Guastalla AUSL Piacenza - Distr. Levante AUSL Piacenza - Distr. Ponente
Inserimento precoce al nido	Situazioni specifiche	AUSL Imola - Distr. Imola

Comunità educante

Il concetto di comunità educante fa riferimento alle molteplici risorse presenti su un territorio che possono accompagnare e/o sostenere le funzioni genitoriali, anche a garanzia di tutela in situazioni di fragilità familiare e di vulnerabilità.

Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Auto mutuo aiuto: sostegno pratico ed emotivo per accompagnare i neogenitori nella quotidianità	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Castelfranco Emilia
Momenti di incontro tra famiglie accoglienti e famiglie fragili per sostenere la genitorialità positiva	Madri e padri	AUSL Reggio Emilia - Distr. Correggio
Il nido d'infanzia come punto di riferimento e di aggregazione, un luogo in cui incontrarsi e fare rete sulle tematiche tipiche della neogenitorialità	Madri e padri	AUSL Parma - Distr. Parma
Frequentazione del nido d'infanzia di bambini/e malati/e assieme ai loro genitori	Madri e padri	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
Accoglienza diurna di persone di minore età in spazi educativi inclusivi con la presenza di figure professionali (educatori/trici), figure adulte accoglienti e/o affidatarie e volontari/e (spesso studenti). La funzione di questi luoghi, oltre a quelle di osservazione e ascolto è di recupero delle capacità genitoriali	Madri e padri Persone di minore età	AUSL Reggio Emilia - Distr. Montecchio
"Il Cerchio delle parole": laboratorio permanente di formazione sulla narrazione per genitori	Madri e padri	AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
Peer education per genitori	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Vignola
Individuazione e formazione di "*peer operator*" con funzioni di mediazione tra la Comunità e i Servizi e supporto nell'individuazione delle situazioni di fragilità genitoriale o di violenza domestica	Peer operator	AUSL Modena - Distr. Vignola
Interventi volti a favorire l'interazione culturale e la più ampia diffusione di una cultura dei diritti e delle tutele dell'infanzia e dell'adolescenza	Famiglie di origine non italiana	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord

Situazioni problematiche Le situazioni problematiche richiedono un monitoraggio mirato che può andare dall'analisi finalizzata alla costruzione di strumenti di valutazione della genitorialità a interventi specifici di sostegno e di tutela.		
Cosa	**Per chi**	**Dove (in particolare ma non solo)**
Progetto PIPPI: è un modello di intervento adottato a livello regionale per la prevenzione dell'istituzionalizzazione che si basa sulla costruzione di un'alleanza tra Servizi socio-sanitari e famiglie con problematiche legate alla genitorialità. L'alleanza tra Servizi Sociali e famiglia è una leva importante nell'autovalutazione e nel cambiamento dei comportamenti a rischio di pregiudizio.	Famiglie problematiche	
Cosa	**Per chi**	**Dove (in particolare ma non solo)**
Sviluppo di indicatori di fragilità familiare e di strumenti di valutazione della genitorialità nella "zona grigia" tra vulnerabilità e negligenza	Famiglie problematiche	AUSL Reggio Emilia - Distr. Correggio AUSL Bologna - Distr. Città di Bologna
Presa in carico integrata dei disturbi emozionali durante la gravidanza e nel primo anno di vita del/della bambino/a	Madri e padri	AUSL Piacenza - Distr. Levante
Sostegno educativo domiciliare con spostamento del focus dalla protezione del/della bambino/a alla protezione dei legami esistenti tra lui/lei, i membri della sua famiglia e i suoi ambienti di vita	Famiglie problematiche	AUSL Romagna - Distr. Forlì AUSL Modena - Distr. Mirandola AUSL Piacenza - Distr. Ponente AUSL Reggio Emilia - Unione Terre di Mezzo AUSL Romagna - Distr. Rimini AUSL Reggio Emilia - Distr. Scandiano AUSL Reggio Emilia - Distr. Correggio AUSL Piacenza - Distr. Levante
Sperimentazione di approcci innovativi nel lavoro con le famiglie "negligenti" che favoriscano un loro protagonismo, sviluppino *empowerment*, promuovano la cura di situazioni di sofferenza psico-patologica, in ottica bio-psico-sociale anche attraverso la valorizzazione delle risorse comunitarie	Famiglie problematiche	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
"*Family group conference*": strumento di lavoro che accompagna, mediante una figura facilitante, la famiglia allargata ad assumere decisioni e a condividere interventi a favore di bambini/e e ragazzi/e che si trovano a vivere una situazione di difficoltà	Famiglie problematiche	AUSL Romagna - Distr. Cesena e Valle del Savio

Contributi economici

Il contributo economico, in situazioni di fragilità genitoriale nelle quali sussista anche un problema finanziario, è un aiuto concreto per attivare occasioni di educazione/formazione/socializzazione alternative e/o compensative a quelle che la famiglia è in grado di offrire.

Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Contributi economici per frequenza nido d'infanzia	Famiglie con difficoltà economiche	
Sperimentazione di riduzione della contribuzione come corrispettivo di prestazioni d'opera (aiuto in cucina, apparecchiatura, pulizie, cura area cortiliva, piccole manutenzioni…) per superare le barriere economiche, favorire l'accesso e la frequenza alla scuola dell'infanzia	Famiglie con difficoltà economiche	AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
Contributi economici per frequenza di attività sportive e del tempo libero	Famiglie con difficoltà economiche	
Contributi economici per frequenza Centri estivi	Famiglie con difficoltà economiche	

Interventi di formazione per operatori e operatrici dei Servizi socio-sanitari

Operatori e operatrici, professionali e volontari, sono il tramite principale degli interventi di prevenzione. La loro formazione continua è garanzia di coerenza, di sinergia e di efficacia degli interventi.

Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Formazione per operatori e operatrici socio-sanitari/e coinvolti/e nei percorsi di tutela	Operatori/trici socio-sanitari/e	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
Formazione di pediatri e pediatre di libera scelta	Pediatri/e	
Formazione di educatori ed educatrici (della Scuola, dei Centri giovanili, di strada)	Educatori/trici	
Formazione di operatori e operatrici degli Sportelli d'Ascolto scolastici	Operatori/trici degli Sportelli d'Ascolto scolastici	
Formazione di tutori e tutrici di persone di minore età straniere non accompagnate	Tutori/trici MSNA	AUSL Ferrara - Distr. Centro Nord
Formazione di volontari e volontarie dei Punti di Comunità	Volontari/e	AUSL Parma - Distr. Parma

Interventi di sensibilizzazione/formazione per genitori

Anche se le situazioni di maggiore problematicità appaiono impermeabili alla sensibilizzazione/formazione, una comunità sensibilizzata e formata garantisce un più alto livello di attenzione e quindi di prevenzione.

Cosa	Per chi	Dove (in particolare ma non solo)
Opuscoli e *newsletter* per neogenitori (anche) con contenuti espliciti su maltrattamento e abuso	A tutti i neogenitori	
Punto di ascolto online e attivazioni social su tematiche riguardanti la depressione post partum, le prime fasi della relazione genitore- bambino/a, le preoccupazioni dei neogenitori	Madri e padri	AUSL Reggio Emilia - Distr. Reggio Emilia
"*Circle of Security Parenting*": incontri sull'attaccamento genitori-figli/e	Madri e padri	AUSL Modena - Distr. Carpi AUSL Reggio Emilia - Distr. Guastalla

Interventi educativi per bambine/i e ragazze/i Gli interventi educativi rivolti a bambine/i e ragazze/i, oltre a costruire un avvicinamento che, in alcuni casi, diventa il tramite di rivelazioni sulle quali è ancora possibile intervenire preventivamente, è un investimento sul loro futuro adulto, sia in termini genitoriali, che come membri della futura comunità educante.		
Cosa	**Per chi**	**Dove (in particolare ma non solo)**
Campagne di comunicazione per il contrasto della violenza contro persone di minore età	Bambini/e 6-13 anni, Ragazzi/e 14-18 anni	AUSL Bologna - Distr. Città di Bologna
Attività di sensibilizzazione ed educativa in Spazi Giovani, Consultori Giovani, Scuole, Istituti professionali e agenzie educative	Ragazzi/e 11-18 anni	
Educazione affettiva e sessuale per preadolescenti e adolescenti	Ragazzi/e 14-18 anni	
Cosa	**Per chi**	**Dove (in particolare ma non solo)**
"Gruppo di parola" per figli/e di genitori separati	Bambini/e 6-11 anni	AUSL Parma - Distr. Fidenza AUSL Ferrara - Distr. Ovest AUSL Romagna - Distr. Forlì AUSL Reggio Emilia - Distr. Guastalla

Interventi di valutazione, cura e riparazione Sebbene si ponga in un momento successivo alla prevenzione, quando questa, evidentemente, non ha funzionato, anche l'intervento riabilitativo può, in parte, considerarsi preventivo, nella misura in cui ricostruisce, nella persona di minore età, l'autostima e la fiducia nella relazione con persone adulte.		
Cosa	**Per chi**	**Dove (in particolare ma non solo)**
Centro specialistico Il Faro (centro di valutazione di II livello, oltre che di trattamento e cura)	Bambini/e 6-13 anni, Ragazzi/e 14-18 anni	AUSL Bologna - Distr. Città di Bologna

Reti territoriali, Protocolli e Accordi di collaborazione Il lavoro di rete, nei suoi aspetti di costruzione e di manutenzione, e la definizione condivisa di Protocolli e di Accordi, sono iniziative importanti per l'elaborazione di linguaggi, riferimenti e prassi coerenti e comuni, nonché per lo sviluppo di un corpo di soggetti/interventi riconoscibili e riconosciuti dalle comunità locali.		
Cosa	**Per chi**	**Dove (in particolare ma non solo)**
Mappatura e monitoraggio delle azioni distrettuali di prevenzione e dei soggetti che le realizzano	Realtà e soggetti istituzionali e associativi del territorio	AUSL Romagna - Distr. Cesena e Valle del Savio
Definizione e aggiornamento di Protocolli, percorsi di collaborazione e procedure operative tra Servizi, Scuola, Forze dell'Ordine e altri soggetti al fine di potenziare l'efficacia della rete di tutela istituzionale	Realtà e soggetti istituzionali e associativi del territorio	AUSL Piacenza - Distr. Levante AUSL Bologna - Distr. Reno Lavino Samoggia AUSL Piacenza - Distr. Ponente AUSL Modena - Distr. Vignola AUSL Modena - Distr. Sassuolo AUSL Parma - Distr. Parma
Tavolo di confronto tra Giudici del Tribunale Ordinario, Avvocati/e, Servizi Sociali e Centri per le Famiglie sul tema delle separazioni conflittuali	Realtà e soggetti istituzionali e associativi del territorio	AUSL Parma - Distr. Fidenza

Il primo **monitoraggio**[265] sull'attuazione del Piano sociale e sanitario regionale 2017-2019 evidenzia una grande ricchezza di progettualità rivolte a sostenere bambine/i e famiglie nei primi mille giorni di vita e più in generale volte a sostenere la genitorialità, realizzate per lo più in collaborazione tra servizi educativi (nidi,

[265] http://sociale.regione.emilia-romagna.it/piano-sociale-e-sanitario-2017-2019/monitoraggio-pssr-luglio-2019/il-monitoraggio-sul-l2019attuazione-del-piano-sociale-e-sanitario-regionale-2017-2019-e-dei-piani-di-zona-per-la-salute-e-il-benessere-sociale-2018-2020

centri bambini-genitori...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori famigliari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta), servizi sociali e terzo settore. Tra queste: azioni di *home visiting*, gruppi di genitori, di bambini/e, supporto tra famiglie, ecc.

Questi interventi hanno una marcata vocazione preventiva di sostegno alle famiglie nelle varie fasi della vita: dalla neogenitorialità, con un'attenzione particolare alle situazioni di fragilità, alle difficoltà collegate all'integrazione sociale delle famiglie migranti, al sostegno in fasi delicate come le separazioni o situazioni di conflittualità in genere, ecc.

2.7 Programmi/piani/interventi/servizi a valenza regionale per la prevenzione della violenza nell'infanzia e nell'adolescenza

a) Programma PIPPI[266] (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione)

Il Programma P.I.P.P.I. persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie negligenti per ridurre il rischio di allontanamento dei/delle bambini/e dal nucleo familiare d'origine. Prevede un'articolazione coerente fra i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei/delle bambini/e che vivono in famiglie negligenti, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei/delle bambini/e stessi/e nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni. L'**obiettivo primario** è dunque quello di aumentare la sicurezza dei soggetti di minore età e migliorare la qualità del loro sviluppo. La popolazione target del programma è costituita da famiglie negligenti, secondo la definizione che ne danno Carl Lacharité *et al.*: "Una carenza significativa o un'assenza di risposte ai bisogni di un bambino, bisogni riconosciuti come fondamentali sulla base delle conoscenze scientifiche attuali e/o dei valori sociali adottati dalla collettività di cui il bambino è parte" (Lacharité et al. 2006)[267], i quali spiegano che all'origine della negligenza vi sono due fenomeni: una prima perturbazione nelle relazioni tra genitori (o *caregivers*) e figli/e e una seconda che riguarda le relazioni tra le famiglie e il loro mondo relazionale esterno, definizione questa che spiega perché l'intervento con queste famiglie debba sempre mobilitare entrambe queste due dimensioni, quella interna delle relazioni intrafamiliari e quella esterna delle relazioni fra famiglia e contesto sociale.

Il fenomeno della **negligenza** ha contorni indefiniti: si tratta di una zona grigia di problematiche familiari che sta in mezzo, fra la cosiddetta normalità e la patologia, che non sempre è immediatamente visibile e dunque segnalabile. Una zona grigia ancora piuttosto misconosciuta: le famiglie negligenti sono sempre più numerose, gli allontanamenti sono in aumento a causa della negligenza, molte problematiche di cui si occupano i servizi sono riferibili a tale fenomeno, ma le ricerche sono solo embrionali, tanto che non abbiamo ancora sviluppato adeguata conoscenza empirica sugli interventi che rispondano a queste problematiche in maniera efficace ed efficiente, di conseguenza gli interventi attualmente in essere nei servizi territoriali sono frammentati e poco sistematicamente organizzati.

Specificatamente P.I.P.P.I. non interviene genericamente sulla prevenzione degli allontanamenti, ma assume come target specifico quel 37% di famiglie (MLPS, 2013[268]), i/le cui bambini/e vengono allontanati/e, non a causa dei loro problemi o di problematiche specifiche dei genitori, ma a causa di **difficoltà che si situano nello spazio relazionale tra genitori e figli/e**.

L'ipotesi di ricerca assunta, dunque, è che se la questione prevalente è che questi genitori trascurano i/le loro figli/e, l'intervento di allontanamento, che per definizione espropria i genitori della competenza genitoriale rimettendola al servizio, non sembra essere l'intervento più appropriato (Sellenet 2007)[269], e che sia quindi necessario sperimentare una **risposta sociale** (Aldgate et al. 2006[270]; Lacharité et al. 2006[271]) che:

[266] Vedi scheda attuativa d'intervento n. 16 del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-19 (D.G.R. 1423/2017), report conclusivo PIPPI 4 http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/QRS-39-Report-conclusivo-PIPPI-4.pdf e Cap. 4 Quaderno 3 "Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel trattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori" della presente Collana, edizione luglio 2020.

[267] Lacharite C. *et al.* (2006). *Vers une théorie* écosystémique *de la négligence envers les enfants*. Bulletin de psychologie, 59, 381-394.

[268] MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI (MLPS) (2013). Bambine e bambini temporaneamente fuori dalla famiglia di origine. Affidamenti familiari e collocamenti in comunità al 31 dicembre 2010. Quaderni della Ricerca Sociale, 26. Firenze: Istituto degli Innocenti.

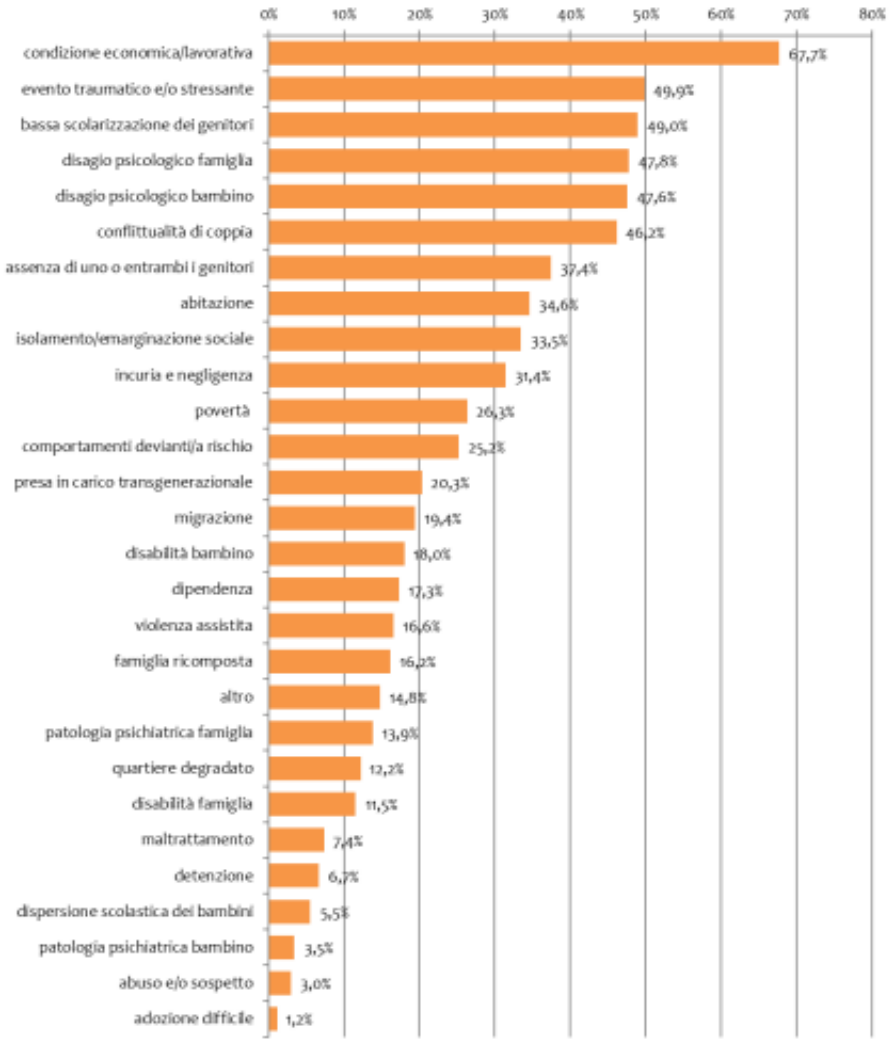
[269] Sellenet C. (2007), *La parentalité décryptée*. Pertinence et dérives d'un concept. Paris: L'Harmattan.

[270] Aldgate J. *et al.* (2006). *The Developing World of the Child*. London: Jessica Kingsley Publishers.

[271] Vedi nota n. 267.

- metta al centro i bisogni di sviluppo dei/delle bambini/e (e non solo i problemi e i rischi) ossia la loro comprensione globale e integrata;
- organizzi gli interventi in maniera pertinente, unitaria e coerente a tali bisogni, capace cioè di tenere conto degli ostacoli e delle risorse presenti nella famiglia e nell'ambiente, secondo una logica progettuale centrata sull'azione e la partecipazione di bambine/i e genitori all'intervento stesso;
- si collochi nel tempo opportuno, in un momento della vita della famiglia in cui davvero serve e che sia quindi tempestiva e soprattutto intensiva, quindi con una durata nel tempo definita.

In questo contesto P.I.P.P.I. assume un significato del tutto innovativo in quanto programma centrato sulla tipologia di famiglie che costituisce il target più specifico e più rilevante, anche dal punto di vista numerico, dei servizi di protezione e tutela. Queste famiglie trascurano i/le loro figli/e, i servizi trascurano queste famiglie: non riconoscendole nel loro specifico, le oscurano e omettono di aiutarle, andando probabilmente anche a incrementare il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento (Serbati, Milani, 2013)[272].



Nel grafico: vulnerabilità delle famiglie che sono state oggetto del programma PIPPI 4 (a ogni famiglia può essere associata più di una vulnerabilità), tratto dal Report conclusivo http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/infanzia-e-adolescenza/focus-on/sostegno-alla-genitorialita/Documents/QRS-39-Report-conclusivo-PIPPI-4.pdf

Per approfondimenti:

http://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/progetti-di-ricerca/progetti-di-ricerca

[272] Serbati S., Milani P. (2013). *La tutela dei bambini. Teorie e strumenti di intervento con le famiglie vulnerabili*. Roma: Carocci.

b) **Piano Regionale Prevenzione 2015-18**: Il presente quaderno si inserisce all'interno delle attività previste dal **progetto 3.7** "Maltrattamento e abuso nei minorenni: prevenzione, accoglienza e cura" del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2015-2018" (DGR n. 771/2015). Per l'implementazione delle line di indirizzo regionali (DGR n. 1677/2013) sono state raccolte le buone pratiche locali per la prevenzione del maltrattamento e abuso a bambine/i e adolescenti. Da parte del sottogruppo autore del presente quaderno è stata svolta l'analisi bibliografica come indicato nell'allegato 1 (Metodologia di lavoro). Parallelamente era stata avviata, da parte di un altro sottogruppo, la costruzione delle raccomandazioni per la valutazione e il recupero delle competenze genitoriali e del danno evolutivo nella tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, oggetto del Quaderno n. 3 della presente collana.

   Per approfondimenti:

   http://salute.regione.emilia-romagna.it/prp/il-piano-regionale-della-prevenzione-prp-2015-2019

c) **Obiettivi alle Aziende sanitarie anni 2016-17**: Poiché nel 2016 era stato assegnato alle Aziende sanitarie regionali, tra gli obiettivi, di contribuire al monitoraggio dell'applicazione delle Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai/alle minorenni allontanati/e o a rischio allontanamento (**DGR 1102/2014**), nel 2017 si è valutato il livello di integrazione sociale e sanitaria degli interventi di tutela (équipe/Unità di Valutazione Multidimensionale Minori) sui casi complessi in cui sono compresi le/i bambine/i e le/i ragazze/i vittime di maltrattamento, abuso, trauma e violenza assistita attraverso il monitoraggio degli accordi. La qualificazione del sistema di accoglienza e cura di bambine/i e ragazze/i con bisogni socio-sanitari complessi e di tutela è stata poi inserita nella **scheda attuativa n. 37 del nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-19 (DGR n. 1423/2017)**.

   Per approfondimenti:

   http://salute.regione.emilia-romagna.it/documentazione/piani-e-programmi/piano-sociale-sanitario-rer-2017-2019/view

d) **Piano regionale contro la violenza di genere**: A novembre 2017, in attuazione dell'**Allegato E del "Piano regionale contro la violenza di genere**" la Regione Emilia-Romagna ha avviato un **progetto formativo** per l'accoglienza e l'assistenza nei Servizi di emergenza-urgenza e nella rete dei Servizi territoriali rivolti a donne vittime di genere e dei/delle loro figli/e in quanto vittime di **violenza assistita**. La formazione è rivolta al personale del Pronto soccorso degli ospedali di tutta la regione, dei Servizi di emergenza territoriale 118, della rete di riferimento (ospedaliera e territoriale sanitaria e sociale) per migliorare le capacità di accoglienza in emergenza delle donne che subiscono violenza e dei/delle loro figli/e che sono vittime di violenza assistita. A dicembre 2020 si è conclusa la seconda edizione della formazione a distanza, con la partecipazione di più di mille professioniste/i, che ha riscosso un alto gradimento per cui nel 2021 verrà avviato il 3° corso. Nel 2020 infine è stato concluso un secondo progetto formativo a distanza rivolto ai professionisti di area sociale, sanitaria ed educativa sul contrasto violenza su bambini e adolescenti che prenderà l'avvio nel 2021.

   Per approfondimenti:

   http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/copy_of_norme-violenza/normativa-regionale

   http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/temi/materiali-di-seminari-e-convegni/accoglienza-e-assistenza-nei-servizi-di-emergenza-urgenza-e-nella-rete-dei-servizi-territoriali-delle-donne-vittime-di-violenza-di-genere/accoglienza-e-assistenza-delle-donne-vittime-di-violenza-di-genere

e) **Centri "Liberiamoci dalla violenza" delle Aziende sanitarie regionali**: Sono state sostenute anche altre attività e azioni per il contrasto alla violenza di genere e su persone di minore età (**scheda n. 25 del nuovo PSSR**) anche attraverso il proseguimento del finanziamento per il 2019 dei Centri cittadini "Liberiamoci dalla violenza" per gli uomini che agiscono violenza (DGR n. 1924/2019 e 1588/2020) poiché, come ampiamente riportato in letteratura, il fenomeno della violenza contro le donne è un problema di salute e di benessere di carattere pubblico che, nella sua natura intrafamiliare, coinvolge un significativo numero di bambine/i e adolescenti. Lavorare sul cambiamento degli uomini, infatti, ha l'importante obiettivo di proteggere le donne e i/le loro bambini/e interrompendo la violenza maschile, i danni diretti e indiretti che essa provoca. In particolare l'esperienza, avviata in via sperimentale in Area Vasta Emilia Nord, con la realizzazione di **centri pubblici di accompagnamento al cambiamento degli uomini che agiscono violenza sulle donne (Centri LDV** - Liberiamoci Dalla Violenza) presso i consultori familiari di Modena e Parma, è stata consolidata su tut-

ta la regione con l'apertura nel 2017 di due centri analoghi anche in Area Vasta Emilia Centro e in Romagna (DGR n. 870/2017). I centri LDV sono un elemento importante che va ad aggiungersi a tutti gli altri punti della rete per supportare le donne vittime e ampliare gli interventi e le strategie a contrasto della violenza.

Per approfondimenti:

http://parita.regione.emilia-romagna.it/violenza/temi/il-trattamento-dei-comportamenti-violenza

f) **Corso di formazione specifica in Medicina generale**: nel 2017 la Regione ha promosso, nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina generale, l'avvio dei seminari clinici del modulo didattico "Maltrattamento/abuso verso le persone di minore età e verso le donne (violenza di genere e sessuale)". (vedi Obiettivi didattici dell'attività formativa di natura seminariale, seminari clinici, allegato C, Delibera di Giunta regionale di approvazione del documento "corso di formazione specifica in medicina generale" n. 726/2019).

g) **Piano regionale pluriennale per l'adolescenza 2018/2020:** Il Piano regionale pluriennale per l'adolescenza alla scheda di intervento n. 3 "Prendersi cura degli adolescenti" ha come obiettivo principale la cura degli/delle adolescenti intesa come promozione in tutti gli ambiti territoriali di interventi di promozione del benessere fisico e relazionale, di stili di vita salutari, di prevenzione del maltrattamento e abuso coerenti con gli obiettivi regionali. A tale scopo, come azione, è prevista dal Piano l'attuazione di quanto indicato dalla DGR n. 1677/2013 "Linee di indirizzo per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento e abuso".

Per approfondimenti:

https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/temi/adolescenza-2/piano-per-ladolescenza

h) **Progetto europeo I.C.A.R.E:** dal 10/1/2019 la Regione Emilia-Romagna partecipa, in qualità di Regione coordinatrice, al Progetto europeo *Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency* (I.C.A.R.E.), di valenza nazionale, con lo scopo di portare a sistema processi assistenziali e organizzativi di accoglienza e presa in carico multidisciplinare, da parte dei servizi sanitari territoriali, dei titolari e/o richiedenti di protezione internazionale in condizioni di vulnerabilità sanitaria, con particolare riferimento a donne e minorenni (bambine/i ed adolescenti), a maggior rischio di maltrattamenti e violenza (https://sociale.regione.emilia-romagna.it/immigrati-e-stranieri/temi/fondo-asilo-migrazione-e-integrazione-fami). Tra gli obiettivi generali del progetto figura l'implementazione delle "Linee guida sull'assistenza, la riabilitazione e il trattamento dei disturbi mentali dei rifugiati e delle persone che sono state vittime di torture, stupri o altre gravi forme di violenza psicologica, fisica o sessuale" attraverso percorsi informativi e formativi in tutte le regioni partecipanti in collaborazione con il Ministero della Salute.

Per approfondimenti:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=2926

i) **Flusso SISAM-ER:** Dall'anno 2000 la Regione Emilia-Romagna ha gestito il flusso informativo di persone di minore età in carico ai servizi sociali mettendo a disposizione degli Enti gestori del servizio di tutela e assistenza "minori e famiglie" l'applicativo SISAM, ancora in uso presso molti Servizi/Distretti. A partire dall'anno 2009, alcuni Enti locali hanno acquisito sistemi informativi locali, a valenza trasversale rispetto ai diversi target del settore welfare, che hanno reso necessario impostare, a fianco dell'applicativo, una modalità di acquisizione dei dati tramite un flusso con tracciato definito dalla circolare regionale n.23/2014 e un sistema di accoglienza dedicato, che va ad alimentare la banca dati SISAM. Nell'ultimo periodo si è lavorato per diffondere i dati del flusso SISAM-ER attraverso un sistema di reportistica online (Datawarehouse regionale) a partire dai dati dell'ultimo triennio (2016-18). Questo strumento di diffusione consentirà, anche agli/alle utenti esterni, di interrogare direttamente i dati aggregati del flusso SISAM-Minori. Attualmente ci si sta avviando alla fase finale dell'acquisizione del dato facendo confluire tutti i servizi verso l'invio diretto del flusso. Questo consentirà di uniformare la quantità di dati raccolti e includere i servizi che ad oggi non aderiscono a nessuna delle due modalità previste per l'invio, ma comunicano i propri dati in forma più o meno aggregata, rispondendo alle esigenze informative primarie del flusso regionale.

Per approfondimenti:

https://sociale.regione.emilia-romagna.it/infanzia-adolescenza/approfondimenti/osservatorio-infanzia-e-adolescenza/il-sistema-informativo-sisam

j) Come ribadito nel **Piano sociale e sanitario**[273] la Regione Emilia-Romagna pone particolare attenzione alla tutela dei minori e delle loro famiglie attivando azioni di prevenzione e protezione finalizzate a ridurre le situazioni di disagio e svantaggio socio-culturale, nonché migliorando e potenziando le risposte integrate della rete dei Servizi socio-sanitari. In particolare, **nel 2020**, le azioni della Regione in tale ambito, si sono orientate, **oltre che alla formazione degli operatori e delle operatrici** sopra menzionata (punto d), anche all'**istituzione di un tavolo tecnico regionale per l'avvio di un percorso di qualificazione del sistema di cure ed accoglienza dei minori** (DGR n. 1444/2020). Tra le azioni prioritarie del tavolo tecnico regionale l'avvio di un **programma formativo per il sistema integrato dei servizi sociali e sanitari** (DGR 1742/2020).

[273] Coerentemente con quanto previsto dalla L.R. 2/2013 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e dalla L.R. 14/08 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni"

Allegati

Allegato 1. Metodologia di lavoro

Di seguito viene illustrata la metodologia di lavoro, applicata da chi ha curato questo quaderno, per la ricerca e l'analisi bibliografica:

Parole chiave per ricerca bibliografica (selezione abstract) su prevenzione maltrattamento/abuso bambine/i e adolescenti:

- Child maltreatment prevention
- Child abuse § neglect prevention
- Child injuries prevention
- Child abuse prevention
- Protecting children from risk of maltreatment/abuse
- Children at risk for maltreatment and abuse
- Protective factors for child abuse § neglect
- Child abuse prevention programs and strategies
- Bullismo cyberbullismo prevenzione
- Prevenire la Violenza in adolescenza
- " Violenza in gravidanza
- " Violenza assistita
- Violence during pregnancy
- Witnessed violence
- Adolescenti a rischio per maltrattamento/abuso
- Punizioni corporali e psicologiche a bambine/i e adolescenti
- Child corporal and psycological punishment
- Parenting and family support intervention
- Domestic violence/abuse e Preventing domestic abuse - Keeping children safe from
- *Home visiting*
- Sostegno ai genitori

Anni selezionati: 2011-2017

Sono state consultate le seguenti **banche dati**:

- Medline
- Embase
- Cochrane Library
- Cinahl
- PsycINFO
- Scopus per articoli di ambito sociologico-antropologico

È stata svolta anche una ricerca bibliografica in ambito educativo e sociale.

Gli abstract così individuati sono stati suddivisi, tra i/le componenti del gruppo redazionale del quaderno, per la lettura dei full text.

È stata quindi applicata una **griglia** per la lettura degli articoli completi.

Griglia lettura full text

n. abstract/autore/titolo/rivista	
Tipo di studio: trial, osservazionale, prima-dopo, con gruppo di controllo, dove svolto per trasferibilità, follow up, numerosità del campione	
Fattori di protezione	
Fattori di rischio	
Per fasce d'età: epoche della vita (perinatale/ 0-6 anni, 6-11, 11-14, 14-18 anni)	
Per situazioni: tipologia di M/A (prevenzione della violenza assistita ecc.)	
Contesti/ambito di intervento (dove si fanno gli interventi di prevenzione: casa, scuola, centri per le famiglie, ambito sanitario ecc.)	
Valutazione degli interventi (riproducibilità, efficacia, sostenibilità (costi) e sostenibilità operativa	
Cosa mettere in opera per supportare le difficoltà del/della bambino/a-adolescente nel suo contesto di vita (descrizione dell'intervento: tipologia dell'intervento, azioni svolte, tipo di studio, di intervento, valutazione dell'intervento	
Indicazioni concrete nella programmazione degli/delle operatori/trici	
Note/commenti del/della lettore/trice	

Oltre alla ricerca bibliografica così costruita **è stato possibile effettuare anche l'analisi di buone prassi** (progetti/protocolli/procedure/documenti/check list/linee guida/percorsi integrati…) attuate a livello locale in Emilia-Romagna. Queste ultime sono state raccolte anche attraverso la collaborazione di referenti dei servizi sociali, sanitari ed educativi territoriali che il gruppo autoriale ringrazia sentitamente.

Allegato 2. Normativa

Di seguito una selezione della legislazione internazionale, nazionale e regionale di riferimento:

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo ratificata con Legge n. 176/1991, che sancisce i diritti fondamentali, tra cui il *"Diritto ad essere protetto da ogni forma di maltrattamento, violenza, negligenza, abuso fisico e mentale"* (art. 19). https://www.camera.it/_bicamerali/leg14/infanzia/leggi/Legge%20176%20del%201991.htm

Convenzione europea sull'esercizio dei diritti da parte dei minori (Strasburgo, 1996), ratificata con Legge n. 77/2003. http://leg15.camera.it/cartellecomuni/leg14/RapportoAttivitaCommissioni/commissioni/allegati/03/03_all_legge200377.pdf

Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori contro lo sfruttamento sessuale (Lanzarote, 2007), ratificata con Legge n. 172/2012 http://leg16.camera.it/561?appro=517

Artt. 330 e 333 Codice Civile relativamente al controllo giudiziale sulla responsabilità genitoriale e art. 403 Codice Civile rubricato "Intervento della pubblica autorità a favore dei minori".

Art. 527 Codice Penale, rubricato "maltrattamenti contro familiari e conviventi".

Legge n. 184/1983, rubricata "Diritto del minore ad una famiglia", così come modificata dalle Legge n. 149/2001, artt. 2-5; Disegno di Legge n. 1209 approvato con il nuovo titolo "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare". https://www.camera.it/_bicamerali/leg14/infanzia/leggi/legge184%20del%201983.htm

Legge n. 7/2006 "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile" https://www.camera.it/parlam/leggi/06007l.htm

Legge 27 giugno 2013 n. 77, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta ad Istanbul l'11 maggio 2011 ("Convenzione di Istanbul") https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/07/01/13G00122/sg

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 novembre 2017 "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" (G.U. 30/1/2018) https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2018/01/30/24/sg/pdf

Legge 19 luglio 2019, n.69 "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere" https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/07/25/19G00076/sg

Legge Regionale n. 14/2008 "Norme in materia di politiche per le giovani generazioni" con particolare riguardo artt. 17,18 e 24.

Legge Regionale n. 1/2000 rubricata "Norme in materia di Servizi educativi per la prima infanzia", modificata, da ultimo, con Legge Regionale 6/2012.

Delibera di Giunta Regionale n. 911/2007 "Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza: requisiti specifici di accreditamento delle strutture e catalogo regionale dei processi clinico-assistenziali"

Delibera di Giunta Regionale n. 1904/2011 "Direttiva regionale in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi" come modificata dalla D.G.R. 1106 del 14 luglio 2014.

Delibera di Giunta Regionale n. 1677/2013 "Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso"

Delibera di Giunta Regionale n. 1102/2014 "Linee di indirizzo per la realizzazione degli interventi integrati nell'area delle prestazioni socio-sanitarie rivolte ai minorenni allontanati o a rischio di allontanamento"

Delibera di Giunta Regionale n. 629/2014 "Piano interno integrato delle azioni regionali in materia di Pari opportunità di genere 2014-2016"

Delibera di Giunta Regionale n. 771/2015 "Approvazione del Piano regionale della Prevenzione 2015-18"

Deliberazione Assembleare n. 69 del 4 maggio 2016 "Piano regionale contro la violenza di genere ai sensi dell'art. 17 della legge regionale 27 giugno 2014, n. 6."

Delibera di Giunta Regionale n. 1890/2017 "Promozione interventi formativi in attuazione del Piano regionale contro la violenza di genere"

Deliberazione Assembleare n. 120 del 12 luglio 2017 "Piano sociale e sanitario 2017-2019"

Delibera di Giunta Regionale n. 1423/2017 "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale" - **Scheda n. 33** "Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza-urgenza", **Scheda n. 37** "Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neomaggiorenni con bisogni socio sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela"

Delibera di Giunta Regionale n. 1899/2019 "Presa d'atto della relazione finale della Commissione Tecnica per la individuazione di misure organizzative e procedimentali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento dei minori dalle famiglie di origine"

Delibera di Giunta Regionale n. 1444/2020 "Istituzione del tavolo regionale per avvio percorsi di qualificazione del sistema di cura e accoglienza dei minori e approvazione schema di protocollo d'intesa per avvio rilevazione dati presenze e vigilanza delle strutture residenziali per minori" (Determinazione n. 21523/2020 "Individuazione componenti del tavolo tecnico regionale per avvio percorso di qualificazione del sistema di cura e accoglienza dei minori istituito con delibera di giunta n.1444/2020")

Delibera di Giunta Regionale n.1724/2020 "Programma dei progetti per l'innovazione e la realizzazione delle politiche sanitarie e degli obiettivi del piano sociale e sanitario regionale del servizio assistenza territoriale - area salute mentale -adozione del progetto formativo "La qualificazione del sistema di cura e accoglienza delle persone di minore età". Anno 2020"

Allegato 3. Scheda Benefici delle visite domiciliari[274]

BENEFICI A BREVE E LUNGO TERMINE PER I/LE BAMBINI/E, I GENITORI, LE FAMIGLIE E LA SOCIETÀ		
Bambini/e	**Genitori e famiglie**	**Società**
Migliori esiti neonatali (riduzione del basso peso, parto pretermine e di alcune malformazioni congenite)	Migliore accesso e utilizzo di cure prenatali, prevenzione di alcune complicanze ostetriche Identificazione del percorso nascita più appropriato Preparazione alla nascita e alla genitorialità	Ridotti costi sanitari per cure perinatali
Migliore stato nutrizionale	Migliori conoscenze e pratiche riguardanti la nutrizione del/della bambino/a	Migliore capitale biologico con implicazioni positive a breve e lungo termine
Ridotta morbilità post-neonatale	Migliori conoscenze sulla prevenzione delle malattie infettive Utilizzo più appropriato dei servizi sanitari	Migliori coperture vaccinali Ridotti costi sanitari per visite, ricoveri, farmaci
Migliore sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo	Migliore attaccamento e migliori pratiche relative alla promozione dello sviluppo Maggiore fiducia nelle proprie capacità come genitori	Migliore capitale umano con implicazioni sia sul rendimento scolastico che a più lungo termine Riduzione della dispersione scolastica e di alcuni disturbi comportamentali
Ridotte conseguenze da disabilità, condizioni e malattie croniche	Migliore supporto per le famiglie con bambini/e affetti/e da disabilità e malattie croniche	Ridotti costi per l'assistenza e la disabilità
Riduzione dei casi di maltrattamento nelle sue diverse tipologie Segnalazione più tempestiva ai servizi	Riduzione della violenza domestica, della depressione materna, dello stress parentale e delle loro conseguenze	Riduzione di costi per la presa in carico sanitaria, sociale e giudiziaria con implicazioni a distanza relative ad abuso di sostanze e microcriminalità giovanile

Si tratta di benefici per il/la bambino/a, i genitori e la famiglia, con ampie ripercussioni sulla società, che si realizzano sia a breve che a lungo termine e su più dimensioni. È evidente che sia la scala di importanza dei diversi effetti che la misura in cui possono essere ottenuti dipendono dal contesto socioculturale e da quello epidemiologico.

Quindi un programma di visite domiciliari deve innanzitutto essere basato su una buona analisi della situazione (bisogni, risposte dei servizi, gap esistenti) e sull'individuazione di obiettivi prioritari.

[274] Tamburlini G., *Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione*, Medico e Bambino 8/2014.

Allegato 4. Fac simile Scheda di rilevazione del rischio di pregiudizio

Fattori di rischio/vulnerabilità[275] (Qualora segnalati più figli/e compilare una tabella per ognuno/a)

Cognome_____ Nome_____

FAMIGLIA

□ Condizione lavorativa precaria □ Disabilità
□ Basso livello di istruzione
□ Giovane età della madre/del padre
□ Carenza relazioni interpersonali-rete
□ Isolamento-emarginazione sociale
□ Famiglia monoparentale
□ Assenza di entrambi i genitori
□ Violenza-abusi subiti nell'infanzia
□ Accettazione pornografia infantile
□ Sfiducia verso norme sociali e istituzioni
□ Violenza e punizioni come pratiche educative
□ Scarse conoscenze e disinteresse per lo sviluppo del/della figlio/a
□ Disagio psicologico
□ Psicopatologia (disturbi psichiatrici)
□ Devianza sociale-detenzione
□ Abuso di sostanze
□ Debole/assente capacità di assunzione di responsabilità genitoriale
□ Sindrome da risarcimento
□ Distorsione emozioni e capacità empatiche
□ Disabilità
□ Incuria-negligenza
□ Migrazione
□ Conflitti di coppia e violenza domestica
□ Presa in carico transgenerazionale
□ Interruzione legami familiari
□ Esperienze di istituzionalizzazione nell'infanzia

FIGLIO/A

□ Malattie fisiche o disturbi alla nascita
□ Prematurità e basso peso alla nascita
□ Complicazioni peri-natali
□ Ritardo nello sviluppo senso-motorio e cognitivo
□ Malattia cronica
□ Disabilità
□ Temperamento irritabile
□ Iperattività-disturbi del comportamento
□ Percorso scolastico difficoltoso
□ Dispersione scolastica
□ Separazione dalla fratia
□ Precedenti esperienze di affido extrafamiliare- collocamento in comunità educativa
□ Impulsività

[275] Estratto da "Linee di indirizzo per il raccordo tra area accoglienza ed area tutela minori", Comune di Bologna http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/raccordo_area_accoglienzaarea_tutela_minori1.pdf

□ Scarsa tolleranza alle frustrazioni
□ Ansia da separazione
□ Gravidanze non desiderate
□ Relazioni difficili con la propria famiglia di origine e/o quella del partner
□ Povertà cronica

AMBIENTE
□ Condizione abitativa inadeguata (spazi, sfratto, ambienti insalubri ecc)
□ Violenza e insicurezza
□ Scarsa presenza di risorse
□ Quartieri sovraffollati
□ Pregiudizi, intolleranza, rifiuto

Fattori di protezione/resilienza (Qualora segnalati più figli/e compilare una tabella per ognuno/a)

Cognome_____ Nome_____

FAMIGLIA
□ Sentimenti di inadeguatezza per la dipendenza dai servizi
□ Rielaborazione del rifiuto e della violenza subiti nell'infanzia
□ Capacità di assunzione di responsabilità
□ Capacità empatiche
□ Desiderio di migliorarsi
□ Autonomia personale
□ Buon livello di autostima
□ Relazione attuale soddisfacente con almeno un componente della famiglia di origine
□ Rete di supporto amicale/parentale
□ Strategie di coping flessibili
□ Stabilità emotiva
□ Aspettative adeguate

FIGLIO/A
□ Buona competenza sociale
□ Buona autostima e fiducia in sé stessi
□ Capacità di ricorrere all'appoggio positivo degli/delle altri/e, dentro e fuori la famiglia
□ Atteggiamento positivo e fiducioso
□ Temperamento facile
□ Buona gestione dell'autonomia personale

AMBIENTE
□ Quartieri sicuri con alloggi adeguati
□ Relazioni di coesione tra vicini
□ Organizzazione della comunità centrata su valori positivi
□ Attività di inclusione nella vita della comunità
□ Politiche sociali che supportano l'accesso alle risorse di sostegno per le famiglie

Allegato 5. Questionario SEEK (*Safe Environment for Every Kid*) "Un ambiente sicuro per ogni bambino"[276]

Questionario per i genitori

Cari genitori, essere genitori non è sempre facile. Vogliamo aiutare le famiglie a vivere in un ambiente sano per i loro figli. Per questo facciamo a tutti una serie di domande che riguardano problemi che possono essere presenti in molte famiglie. Se c'è un problema proveremo ad aiutarvi.

Per favore rispondete a queste domande mentre attendete che il vostro bambino venga visitato. Se avete più di un bambino con voi per favore rispondete "sì" anche se la risposta riguarda uno solo dei vostri bambini. Il questionario è volontario. Non dovete rispondere a tutte le domande se non volete farlo. Queste informazioni saranno mantenute private, anche se ci preoccupiamo della salute di vostro figlio.

Data _____ Nome del bambino_____

Data di nascita del bambino_____ Parentela con il bambino_____

Paese di origine_____

Per favore scegliete indicando Sì o NO

Qualcuno della vostra famiglia fuma in casa?	Sì No
Negli ultimi 12 mesi vi siete preoccupati di finire il cibo prima di poterne comperare dell'altro?	Sì No
Negli ultimi 12 mesi il cibo che avete comperato non è stato sufficiente e non avevate soldi per prenderne altro?	Sì No
Pensate spesso che non è facile prendersi cura del vostro bambino?	Sì No
Pensate che qualche volta sia necessario colpire/sculacciare vostro figlio?	Sì No
Vorreste avere più aiuto con il vostro bambino?	Sì No
Vi sentite spesso molto stressati?	Sì No
Nelle ultime 2 settimane vi siete sentite spesso giù, depressi o senza speranza?	Sì No
Nelle ultime 2 settimane avete provato poco piacere o interesse nel fare le cose?	Sì No

Pensate agli ultimi 3 mesi

Lei e il suo partner avere litigato molto?	Sì No
Il suo partner l'ha minacciata, spinta, colpita, o ferita fisicamente in qualche modo?	Sì No
Ha bevuto più di 4 bevande alcoliche in una giornata?	Sì No
Ha usato una droga illegale o una prescrizione medica per ragioni non mediche?	Sì No
C'è qualche altro problema per il quale pensa di avere bisogno di aiuto oggi?	Sì No

Per favore restituite questo foglio al vostro pediatra. Vi incoraggiamo a discutere con lui quello che è scritto su questa lista. Grazie!

[276] Dubowitz H., *The Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model: Helping promote children's health, development, and safety*, Child Abuse & Neglect 38 (2014) 1725–1733, versione italiana sperimentata dalla dott.ssa P. Miglioranzi. https://seekwellbeing.org/seek-international/

Allegato 6. Approfondimento sulla prevenzione terziaria[277,278,279]

Sappiamo quanto sia importante mettere in atto interventi volti a riparare il danno subito[280] dal/dalla bambino/a e quanto sia importante cercare di recuperare le risorse genitoriali, quanto sia necessario evitare che il maltrattamento si produca, ma, quando viene riscontrato, è necessario intervenire.

L'allontanamento dai genitori è un intervento di protezione che a volte si rende necessario, ma che va effettuato a certe precise condizioni fissate dalla legge. Deve avvenire solo in caso di necessità e nell'interesse preminente del/della bambino/a-ragazzo/a; deve essere deciso dall'autorità giudiziaria competente nel rispetto delle regole processuali.

In ogni intervento che incide nella vita privata delle persone, l'allontanamento da persone o luoghi è una misura di grande delicatezza che, se male eseguita o gestita, può provocare al soggetto in crescita danni maggiori di quelli che gli si volevano evitare. La vittimizzazione secondaria è una triste e non infrequente realtà.

Nel nostro sistema giuridico la possibilità di allontanare una/un bambina/o dal o dai genitori è prevista anzitutto dal codice civile per i casi in cui il genitore viola o trascura i doveri genitoriali o abusa dei relativi poteri "con grave pregiudizio del figlio" (art. 330), o anche nel caso di sua condotta "comunque pregiudizievole" al/alla figlio/a stesso (art.333). Va sottolineato che in nessuno di questi casi il/la giudice è obbligato a ordinare l'allontanamento. Entrambe le norme citate stabiliscono infatti che egli/ella può ma non sempre deve ordinarlo. La legge ha ritenuto di lasciare una decisione così grave al prudente apprezzamento del/della giudice, che naturalmente terrà conto del livello di rischio che corre il/la bambino/a nel caso concreto se rimane accanto al genitore. Va inoltre ricordato che la riforma introdotta dalla legge 2001 n. 149 dà al giudice il potere di disporre, invece dell'allontanamento del/della bambino/a, l'allontanamento del genitore o del/della convivente che lo maltratta o ne abusa.

Vi è un'ipotesi in cui la decisione di allontanamento è presa dall'autorità amministrativa. La prevede per i casi urgenti l'art. 403 del codice civile, in base al quale quando un/a minorenne viene trovato/a in situazione di grave pregiudizio e occorre provvedere immediatamente alla sua protezione, "la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo/a colloca in luogo sicuro". Il provvedimento amministrativo va subito comunicato al pubblico ministero minorile, a cui spetta valutare se chiedere al/alla giudice l'apertura di un procedimento di adottabilità oppure una misura civile di protezione ai sensi degli artt. 330 o 333 del codice civile.

Nella consapevolezza che l'allontanamento dalla famiglia d'origine è sempre un evento traumatico e che deve di conseguenza essere considerato l'*extrema ratio*, alla quale ricorrere solo in caso di assoluta necessità, la **L.R. 14 del 28 luglio 2008**, "*Norme in materia di politiche per le giovani generazioni*", all'art. 23 (Prevenzione in ambito sociale) prevede che la Regione riconosca la necessità di comprendere nel percorso di prevenzione del disagio dei/delle bambini/e e degli/delle adolescenti un accompagnamento competente dei genitori, mirato a sostenere e sviluppare le loro possibilità e disponibilità affettive, accuditive e educative, eventualmente compromesse, e in vista di un loro recupero. Tale accompagnamento è finalizzato a garantire a tutto il nucleo un clima familiare e sociale soddisfacente e rispettoso dei bisogni evolutivi dei suoi membri più giovani, "anche, se necessario, mediante interventi terapeutici o sociali adeguati" (...)

In merito all'allontanamento, la **D.G.R. 19 dicembre 2011, n. 1904 e ss. mm.** "Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alla responsabilità familiare", "riguarda tutti i casi in cui le difficoltà familiari richiedono l'allontanamento temporaneo del soggetto di minore età e la sua accoglienza in affidamento familiare o in comunità, anche a causa di situazioni di emergenza che ne richiedano una immediata tutela (art. 403 c.c.).

[277] Delibera di Giunta Regionale n. 1899/2019 di presa d'atto della relazione conclusiva della Commissione tecnica per l'individuazione di misure organizzative e procedimentali appropriate nei procedimenti preposti alla tutela e all'eventuale allontanamento (Regione Emilia-Romagna) e Quaderno "L'appropriatezza degli allontanamenti nelle famiglie maltrattanti" https://www.assemblea.emr.it/garanti/i-garanti/infanzia/documenti/CISMAI_web.pdf/view

[278] "Processi di sostegno e tutela dei minorenni e delle loro famiglie" Linee guida dell'Ordine nazionale degli assistenti sociali http://www.cnoas.it/Attivita/Processi_di_sostegno_e_tutela_dei_minorenni_e_delle_famiglie.html

[279] Bertotti T., *Bambini e famiglie in difficoltà, Teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, Roma, 2012

[280] "Come ricordato nelle Convenzioni Internazionali di Strasburgo e Lanzarote, nella cura della violenza assistita, la possibilità di una riparazione efficace del danno, causato dalla frattura dell'innocenza perpetrata da genitori violenti, è funzione diretta della capacità del sistema curante di farsi contenitore sicuro che ristabilisca protezione, sicurezza e prevedibilità." (Da Quaderno 3 "Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel trattamento dell'infanzia e dell'adolescenza. Raccomandazioni per gli operatori" della presente Collana, edizione luglio 2020).

L'allontanamento infatti assume un valore costruttivo solo se pensato come una tappa di un più ampio progetto volto alla ricostruzione del benessere del minorenne e se possibile del suo nucleo familiare. Il collocamento del/della bambino/a o adolescente al di fuori della sua famiglia naturale deve avere una funzione educativa e non di sola protezione, nel senso che deve essere utilizzato principalmente come uno strumento per l'aiuto e il recupero della famiglia e per una riunificazione dello/a stesso/a con la sua famiglia.

Si tratta non solo di prevedere un accompagnamento professionale competente, ma anche di attivare tutte le risorse della comunità sociale, promuovendo una cultura dell'accoglienza nel senso ampio di protezione dell'infanzia e di sostegno alla genitorialità, facendo rete tra servizi istituzionali, del privato sociale e della società civile in senso ampio.

La stessa delibera raccomanda inoltre "l'allontanamento del bambino o ragazzo, anche con la madre, dall'ambiente familiare deve essere sostenuto da una valutazione multidimensionale che vede la presenza di figure professionali di ambito sociale e sanitario che considerino gli elementi prognostici per il benessere e la salute del minore e della sua famiglia".

Allegato 7. Efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria (psico-sociali) dell'abuso e maltrattamento nelle persone di minore età: una review delle reviews sistematiche

Introduzione e scopo

Il maltrattamento e la violenza, fisica, sessuale e psicologica sui soggetti di minore età sono fenomeni drammaticamente diffusi in tutto il mondo, come riportano recenti revisioni sistematiche (Fang *et al.*, 2015; Wissink & Van Vught, 2015). Un recente studio secondario ha sintetizzato le principali evidenze scientifiche relative ai fattori di rischio di tali drammatici fenomeni, riportando come tra di essi si segnalino una scarsa relazione genitori-figli/e, povertà e basso livello di istruzione, presenza pregressa di violenza domestica, problemi di salute mentale ed abuso di sostanze (White 2015).

Scopo della presente revisione è identificare le revisioni sistematiche che abbiano preso in considerazione le evidenze disponibili sull'efficacia degli interventi di prevenzione primaria e secondaria del maltrattamento e/o violenza sui/sulle minorenni e le loro conseguenze.

Metodi

Database consultati:
Pubmed

Search term:
(child AND (abuse OR violence OR maltreatment) AND prevention) AND Review[ptyp]) AND (Review[ptyp] AND "last 5 years"[PDat])

Limiti:
Ultimi 5 anni (aggiornamento a tutto il 2018), full text, English

Criteri di inclusione:

- *Review* sistematiche
- persone di minore età (età 0-18 anni)
- Interventi di prevenzione primaria o secondaria su abusi/violenze di vario genere

Risultati

Una prima ricerca ha dato luogo alla selezione di 440 titoli, da cui sono stati alla fine estratti 8 revisioni sistematiche (Figura 15).

440 articoli (analisi da lettura del titolo)
↓
128 reviews (analisi abstract)
↓
8 reviews sistematiche (vedi Tabella XIII)

Figura 15. *Study flow diagram*

Delle 8 *reviews* identificate, 5 revisioni analizzano studi di intervento indirizzati a bambine/i e ragazze/i di età variabile; 2 revisioni si focalizzano su studi di intervento indirizzati a genitori e *caregiver*; 1 revisione analizza studi di intervento misti indirizzati sia a minorenni sia a genitori.

Per quanto riguarda i paesi in cui vengono condotti gli studi, solo due delle 8 revisioni considerano studi condotti in paesi LIMCs (*Low and Middle Income Countries*, secondo la definizione della The World Bank[281]) (Colucci e Hassan, 2014; Efevbera *et al*., 2018); le altre raccolgono studi condotti nei paesi occidentali.

Per quanto riguarda la tipologia degli interventi studiati, 6 revisioni riassumono i risultati degli studi di prevenzione primaria e 2 di prevenzione secondaria. Delle 6 revisioni che descrivono studi di prevenzione primaria, 1 si focalizza su interventi condotti a scuola, 1 su interventi di *home visiting*, 4 su interventi svolti in setting vari. Delle 2 revisioni che riassumono i risultati di studi di interventi di prevenzione secondaria, una prende in considerazione studi di efficacia di interventi psicosociali rivolti a soggetti di minore età vittime di maltrattamento, l'altra studi su interventi indirizzati a genitori-vittime di abusi in età infantile.

Forniamo di seguito una descrizione più dettagliata delle *reviews* incluse e categorizzate per tipologia di intervento e setting.

[281] https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups

Prevenzione primaria

Home visiting

Avellar e Supplee, 2013 (review **1**, Tabella XIII); interventi domiciliari che seguono i criteri DHHS (*evidence based early childhood home visiting services delivey model*) per bambini/e dalla nascita ai 5 anni; include studi RCT [282]e *quasi experimental design* e dice che di questi 207 riguardano studi che valutano l'impatto degli interventi e 198 studi che valutano l'"*implementation*" degli interventi (precisando che alcuni di questi studi riguardano entrambi gli ambiti). Concludono che gli interventi risultano efficaci soprattutto per le famiglie ad alto rischio, per quanto attiene il miglioramento dell'utilizzo del sistema di cura e per l'impatto sullo sviluppo del/della bambino/a.

- *Review* qualitativa sebbene si definisca sistematica

Scuola

Walsh *et al*., 2015 (review **5**, Tabella XIII); Interventi di prevenzione dell'abuso sessuale condotti a scuola; include studi dal 1946; include 24 *trials* (7 RCTs); conclude che gli interventi educativi che incoraggiano comportamenti protettivi sono efficaci, sebbene evidenzi la scarsa qualità degli studi

- *Review* sistematica rigorosamente condotta

Comunità (prevenzione universale)

Poole *et al.*, 2014 (review **4**, Tabella XIII); campagne di prevenzione "universale" per sensibilizzare i genitori e i *caregivers* rispetto l'abuso fisico su bambini/e ("*media campaign component focused on the prevention of CPA-Child Phisical Abuse - and/or CP-Corporal Punishment - among universal target populations*); 17 studi inclusi dal 2012 ; le componenti più rilevanti degli interventi/campagne di prevenzione universale identificate dalla *review* riguardano i fattori di rischio più frequentemente associati a CPA e/o CP: mancanza di conoscenze nei genitori sulle tecniche genitoriali positive; impulsività genitoriale; mancanza di conoscenze riguardo lo sviluppo di bambini/e e aspettative errate riguardo le tappe dello sviluppo di bambini/e; inadeguatezza del supporto sociale; percezione dello stigma rispetto alla richiesta di aiuto.

- *Review* sistematica rigorosamente condotta

Setting vari (scuola, casa, comunità, web)

Hale *et al.*, 2014 (review **2**, Tabella XIII); interventi di prevenzione di diversi comportamenti di rischio per la salute (uso di tabacco, droghe, comportamenti aggressivi, alcool, comportamento sessuali a rischio) considerati come *outcome* primari e secondari; include 55 RCT, dal 1980 al 2012, rivolti a bambine/i e ragazze/i nella fascia di età 10-21 anni; gli interventi risultano generalmente efficaci, specie quelli condotti in ambienti scolastico.

- *Review* sistematica rigorosamente condotta

Paesi poveri in via di sviluppo

Efevbera *et al.*, 2018 (review **8**, Tabella XIII); interventi vari (casa, scuola, in centri dedicati) di educazione per bambine/i e genitori; include 6 studi condotti dal 2000 di cui 3 RCT; 5 studi trovano efficacia degli interventi valutati; rileva scarsa qualità degli studi inclusi.

- *Review* sistematica rigorosamente condotta

Colucci & Hassan, 2014 (review **3**, Tabella XIII); interventi di prevenzione primaria della violenza domestica contro donne e bambini/e; trova 5 studi, di cui 3 si occupano di maltrattamento di minorenni; conclude sulla necessità di strutture gli interventi in base al contesto socio-politico e culturale del paese

- *Review* qualitativa sebbene si definisca sistematica

[282] Gli studi clinici controllati randomizzati (*randomized controlled trial*, RCT) sono studi sperimentali che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione. Con il termine "trattamento" si intendono convenzionalmente non solo le terapie, ma tutti gli interventi (diagnostici, di screening, di educazione sanitaria) o anche l'assenza di intervento. http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/378

Prevenzione secondaria

Minorenni

Macdonald *et al.*, 2016 (review **6**, Tabella XIII); interventi psicosociali secondari su bambini/e di età inferiore 18 anni vittime di "maltrattamento"; identifica 277 studi; 198 (di cui 61 RCT) studi inclusi valutano l'efficacia di interventi vari, tra cui CBT (*Cognitive Behavioural Therapy*), interventi relazionali, sistemici, psicoeducazione, di gruppo, *peer mentoring*, etc; 6 studi inclusi valutano la *costeffectiveness* e 73 l'accettabilità; concludono che gli studi di *effectiveness* generalmente provano l'efficacia degli interventi su PTSD, *depression, anxiety, attachment* e riduzione comportamenti disorganizzati; riportano alta eterogeneità degli studi.

- *Review* sistematica rigorosamente condotta

Genitori vittime

Stephenson *et al.*, 2017 (review **7**, Tabella XIII); interventi psicosociali, nel periodo perinatale, rivolti ai genitori abusati da bambini/e; identifica 16 studi (di cui 5 RCT), condotti dal 1970; 16 identificati; conclude che gli interventi sono efficaci nel miglioramento della salute mentale materna e nella competenza genitoriale, sebbene rilevi scarsa qualità degli studi inclusi.

- *Review* sistematica rigorosamente condotta

Discussione

Le revisioni sistematiche condotte sull'efficacia e *cost-effectiveness* degli interventi di prevenzione primaria e secondaria dell'abuso e maltrattamento dei minorenni negli ultimi 5 anni sono poche e nella maggior parte dei casi bene condotte. La maggior parte riguarda interventi di prevenzione primaria.

In accordo con gli autori di un'altra review delle *reviews* condotta di recente (Lester *et al*. 2017) i risultati degli interventi in tale campo sono promettenti, ma ancora scarsamente generalizzabili.

Nelle pagine seguenti, la **tabella XIII** riassume le caratteristiche delle reviews selezionate.

Tabella XIII. Caratteristiche delle reviews selezionate

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
1. Avellar S.A., Supplee L.H., "**Effectiveness of *home visiting* in improving child health and reducing child Maltreatment**". 2013, Washington, DC (USA)	**207** impact studies and **198** implementation studies. [randomized controlled trials and quasi-experimental designs] for 32 program models.	**Database**: Academic Search Premier, Campbell Collaboration, CINAHL with Full Text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Dissertation Abstracts, EconLit, Education Research Complete, ERIC, MedLine, New York Academy of Medicine's Grey Literature Report, PsycINFO, Social Sciences Citation Index, Social Work Abstracts, SocINDEX with Full Text, and Sociological Abstracts. **Meta-analysis** **Inclusion criteria:** studies had to provide unbiased estimates of program impacts and determined whether a program met the **Department of Health and Human Services' criteria**. To meet the DHHS criteria for an "evidence-based early childhood home visiting service delivery model," program models must meet >= 1 of the following criteria: (1) At least 1 high- or moderate-quality impact study of the model finds favorable, statistically significant impacts in >=2 of the 8 outcome domains; (2)At least 2 high- or moderate- quality impact studies of the model using nonoverlapping analytic study samples with >=1 favorable, statistically significant impacts in the same domain.	pregnant women or families with children from birth to age 5	

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
2. Hale D.R., Fitzgerald-Yau N. **"A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence",** 2014, London (UK)	**55 articles**, from 6299 title and abstracts identified.	It is a systematic literature search and selection of articles in accordance with the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses (PRISMA) statement. **Database:** PsycINFO, PubMed, Embase, ERIC, British Education Index, Australian Education Index, Social Sciences Citation Index, CINAHL Plus. In addition Cochrane Library for reviews on each of the relevant risk behaviors. **Inclusion criteria**: 1) randomized controlled trials with participants between 10 and 19 years at baseline. 2) universal or selective interventions (targeting at-risk subpopulations). 3) statistically significant effects on 2 or more of the following: tobacco use, alcohol, illicit drug use, sexual risk behavior, aggressive behavior as either primary or secondary outcomes. 4) articles published in English between January 1980 and April 2012 .	Children and adolescents from 10 to 21 years aged, with the majority of interventions targeting adolescents aged 11 to 13 years.	

	Findings	Limitations	Key words
	As of July 2012, 32 models were reviewed, of which 12 met the DHHS criteria. Most of these models were shown to have favorable effects on child development. Other common favorable effects included health care usage and reductions in child maltreatment. Less common were favorable effects on birth outcomes. Existing rigorous research indicates that home visiting has the potential for positive results among high-risk families, particularly on health care usage and child development.	This summary focused largely on statistically significant findings, either favorable or unfavorable, but in most cases, a greater number of findings were not statistically significant. As the number of outcomes increases, so does the likelihood of finding a statistically significant finding by chance, a “false-positive”, unless corrections are made. Most research did not make any corrections, which suggests some caution is warranted in interpreting a single or few favorable outcomes.	home visiting, child health, child development, child maltreatment

	Findings	Limitations	Key words
	Integrated risk prevention programs can be effective across a range of health risk behaviors in adolescence. The evidence is strongest for various forms of substance use and for school-based interventions. The interventions appear to be successfully targeting common risk factors for a range of health behaviors, contributing to both the breadth and the longevity of their effectiveness.	-All risk behavior measures were self-reported -The studies varied in methods, theoretical underpinning, context, and participants, making it difficult to draw general conclusions about effective interventions. -Inclusion of only ran- domized controlled trials -Possibility that the review missed some trials that were effective for more than 1 risk behavior but did not report this in the abstract.	//

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
3. Colucci E., Hassan G. "**Prevention of domestic violence against women and children in low-income and middle-income countries"**. 2014, Canada/Australia	**5 studies** selected (from 93 founded)	**Key words searched** (with relevant synonyms and truncations): violence, exposure to violence, child maltreatment, child abuse, child violence, domestic violence, intimate partner violence; low income, developing countries (third world countries, underdeveloped countries, economic development, emerging economies, modernization); prevention, intervention **Database:** PsycINFO, PubMed and Medline **Inclusion criteria:** 1) Qualitative or quantitative methodologies; 2) Full-length articles published in a peer-reviewed journal in 2013 3) Written in English or French or Italian or Spanish; 4) Describe, assess or review the outcomes of prevention and/or intervention programmes; 5) Low and middle-income countries	Child and women	

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
4.Poole M.K., Seal D.W. and Taylor C.A. "**A systematic review of universal campaigns targeting child physical abuse prevention"**.2014, USA.	**17 articles** (that reported on evaluations of 15 campaigns) from 32 founded.	Systematic review conducted through online search engines and journal databases between June 2012 and September 2012. **Database:** PubMed, PsycINFO and a Tulane 'Cross Search' of the Social Science database con- sisting of ABI/INFORM Global, Academic Search Complete, Anthropology Plus, ERIC (EBSCO), JSTOR, Science Direct (Elsevier), SocINDEX and Sociological Abstracts and Health + Science database consisting of AGRICOLA, Biological Abstracts, Biological Sciences, CINAHL Plus, EMBASE (Elsevier), Global Health (Ovid Technologies), PsycINFO, Pubmed, Science Direct (Elsevier) and Web of Science (ISI). Websites of Centers for Disease Control and Prevention (CDC), National Institute of Health (NIH) and World Health Organization (WHO). Internet searches through Google and YouTube were conducted to locate campaign materials. **Inclusion Criteria:** 1) the intervention had to focus on reducing or preventing CPA or CP. 2) the intervention had to be a population-level strategy such as a mass media campaign or other educational efforts focused on universal targets. 3) Studies of Triple P were eligible only if they included an examination of the Level 1 media component of Triple P designed for universal targets. 4) Finally, the study had to report outcome evaluation results.	adults over the age of 18 years, parents, parents and caregivers with children of a certain age and care- givers	

	Findings	Limitations	Key words
	Establishing effective prevention programs for domestic violence against women and children in LMICs requires an understanding of the sociopolitical, economic and cultural settings and a multilevel collaboration among various stakeholders. This review confirms the lack of research in the so-called 'developing countries' and provides suggestions for further research and prevention efforts in this setting.	The literature search undertaken in this review suggests that studies on prevalence, consequences or risk and protective factors related to domestic child maltreatment/ abuse or violence against women in LIMC settings in the year under review were also scarce. Multi-country studies are needed to provide reliable prevalence rates and to understand the consequence of various forms of domestic violence on mental health problems and suicide.	child maltreatment, domestic violence, LMICs, prevention, women

	Findings	Limitations	Key words
	Our formative research from this review suggests that CPA prevention program developers might consider integrating components into their programs that address the most commonly targeted risk factors highlighted in this review that were linked with significant outcome. Among the 17 studies, eight key risk factors were identified. the most frequent risk factors addressed by the campaigns were: lack of knowledge or skills regarding positive parenting techniques (82.4%), parental impulsivity (76.5%), lack of knowledge regarding child development or inappropriate expectations for a child's developmental stage (64.7%), inadequate social support (64.7%) and the stigma of asking for help (64.7%). Less commonly targeted risk factors included lack of knowledge about the consequences of hitting, CP or infant shaking (52.3%), parents' negative attribution biases (47.1%) and parents' lack of self-care (41.2%).	The evidence base for universal campaigns designed to prevent CPA remains inconclusive due to the limited availability of rigorous evaluations; however, Triple-P is a notable exception.	child physical abuse, corporal punishment, physical discipline, harsh par- enting, harsh discipline, child maltreatment, shaken baby syndrome (SBS), physical punishment, spanking, smacking, child, violence, media, public cam- paign, positive parenting, intervention, program, prevention, and/or campaign

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
5. Walsh K., Zwi K., Woolfenden S., Shlonsky A. **"School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse (Review)"** 2015. Australia	**24 trials** (5802 participants)	**Database**: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Ovid MEDLINE(R), 1946 to August Week 4, 2014; EMBASE (OVID), 1980 to 2014 Week 36; PsycINFO (OVID),1967 to September Week 1 2014; CINAHL (EBSCOhost), 1937 to current; Social Science Citation Index (SSCI), 1970 to 29 August 2014; ERIC (EBSCOhost), 1966 to current; Sociological Abstracts (ProQuest), 1952 to current; Conference Proceedings Citation Index - Science (CPCI-S), 1990 to 29 August 2014;Conference Proceedings Citation Index - Social Sciences & Humanities (CPCI-SSH), 1990 to 29 August 2014; Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) 2014; ClinicalTrials.gov;ICTRP; Australasian Theses (via TROVE);Networked Digital Library of Theses and Dissertations (NDLTD). **Metanalysis.** **Inclusion criteria**: randomised controlled trials (RCTs), cluster-RCTs, and quasi-RCTs of school-based education interventions for the prevention of child sexual abuse compared with another intervention or no intervention.	children (aged 5 to 12 years) and adolescents (aged 13 to 18 years) attending primary (elementary) or secondary (high) schools	

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
6. Macdonald G., Livingstone N., Hanratty J., McCartan C., Cotmore R., Cary M., Glaser D., Byford S., Welton N.J., Bosqui T., Bowes L., Audrey S., Mezey G., Fisher H., Riches W., Churchill R. "**The effectiveness, acceptability and cost-effectiveness of psychosocial interventions for maltreated children and adolescents: an evidence synthesis**". 2016, UK	**198** studies assessing the effectiveness of relevant psychosocial interventions for maltreated children (including 62 trials); + **6** studies assessing the cost-effectiveness (including five carried out using data from a trial and one decision-analytic model); **73** studies that looked at acceptability of treatment.	**Database:** Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); Ovid MEDLINE; EMBASE (Ovid); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Plus); PsycINFO (Ovid); Science Citation Index Expanded (SCIE) and Social Sciences Citation Index (SSCI) (Web of Science);Social Care Online, Social Services Abstracts (ProQuest);Education Resources Information Centre (ERIC) ; British Education Index (ProQuest); Australian Education Index (ProQuest); Health Technology Assessment (HTA) database; Health Management Information (HMIC); Consortium (Ovid); Trials Register of Promoting Health Interventions (TRoPHI) ; EconLit (EBSCOhost);NHS Economic Evaluation Database (NHS EED); Health Economic Evaluations ; Database (HEED) Pediatric Economic Database Evaluation (PEDE) IDEAS; The Campbell Library; Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER);Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); Cochrane Database of Systematic Reviews (CDRS) **Inclusion criteria**: For effectiveness, we included any controlled study. Other study designs were considered for economic decision modelling. For acceptability, we included any study that asked participants for their views.	Children in which maltreatment took place before 17 years 11 months, but where the participants were aged up to 24 years 11 months.	

	Findings	Limitations	Key words
	This review found evidence that school-based sexual abuse prevention programmes were effective in increasing participants' skills in protective behaviours and knowledge of sexual abuse prevention concepts	The quality of the evidence for all outcomes included in the meta-analyses was moderate. Study quality was compromised in about half of the included studies, due to suboptimal data collection methods for study outcomes and inappropriate data analysis.	Schools; Child Abuse, Sexual; prevention; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Program Evaluation; Randomized Controlled Trials; Adolescent; Child;

	Findings	Limitations	Key words
	Pooled data on Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) for sexual abuse suggested post-treatment reductions in PTSD, depression and anxiety. No differences were observed for post-treatment sexualised behaviour, externalising behaviour, behaviour management skills of parents, or parental support to the child. Findings from attachment-focused interventions suggested improvements in secure attachment and reductions in disorganised behaviour, but no differences in avoidant attachment or externalising behaviour. Few studies addressed the role of caregivers, or the impact of the therapist-child relationship. Economic evaluations suffered methodological limitations and provided conflicting results	Studies were largely conducted outside the UK. The heterogeneity of outcomes and measures seriously impacted on the ability to conduct meta-analyses	child neglect, emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, children, PTSD, CBT.

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
7. Stephenson L.A., Beck K., Busuulwa P., Rosan C., Pariante C.M., Pawlby S., Sethna V. "**Perinatal interventions for mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse"**. 2017, UK	**16 studies** included (from 2.870 identified)	**Database**: Medline, Maternity and Infant Health, PsychINFO, PsychArticles, PubMed and the International Bibliography of the Social Sciences (IBSS) [from 1970 to June 2016]. References of relevant papers, chapters and books (electronically and manually). National and international experts were consulted via e-mail. General web searches. **Inclusion criteria**: (i) psychosocial interventions for mothers/and or fathers, not confined to, but taking place at some point within the perinatal period (defined as the beginning of pregnancy until 12 months post-partum), who have experienced CSA with or without other forms of abuse; (ii) monitored changes in one or more outcome domains: psychological distress and/ or psychopathology, parent-infant interaction, PTSD following childbirth, service engagement (i.e. attendance at antenatal appointments), other psychosocial variables (for example, family context), social and interpersonal functioning or public health outcomes (for example, physical health); and (iii) samples assessed/screened for CSA or any other abuse type examined alongside CSA.	mothers and fathers who are survivors of childhood sexual abuse	

Author, Title, years, country	Included studies	Methods (database, metanalysis, inclusion criteria)	Population (target)	
8. Efevbera Y., McCoy D.C., Wuermli A.J., Betancourt T.S. **"Integrating Early Child Development and Violence Prevention Programs: A Systematic Review**". 2018, USA	**6 studies** included (from 7.208 records)	**Database**: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Abstracts of Reviews Effects (Child Abuse and Maltreatment), EconLit, ERIC-Education Resource Information Center, Family and Society Studies Worldwide, PsycINFO, PubMed, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, and Web of Science. + noneligible articles, and gray literature (e.g., conference proceedings, dissertations) identified through the systematic search. **Inclusion criteria**: (1)Describe an early childhood program or intervention that measured at least one ECD and at least one child maltreatment outcome for children aged 0-8 years, following international convention on the ECD period (Consultative Group on Early Childhood Care and Development, n.d.);(2) Target universal or selective interventions for general population or families at risk for child maltreatment (O'Connell, Boat, & Warner, 2009); (3)Include an evaluation of the intervention of , regardless of study design; (4) Be implemented in a LMIC, defined by World Bank classification at the time the study was conducted; (5)Be reported in a peer-reviewed publication outlet prior to December 31, 2014;(6)Include adequate information about program implementation, design, and content.	First-time pregnant adolescent females ages 14-19; Mothers or expecting mothers Living in poor regions; caregivers, and teachers; adults, children, or adolescents considered to be at risk due to poverty, poor living conditions, low education levels, and/or unemployment.	

	Findings	Limitations	Key words
	Generally interventions were associated with improvements in maternal mental health, parenting competence, infant attachment security and positive public health outcomes. They were safe and feasible to implement, acceptable to parents and therapist, and therapists were able to implement protocols with adequate fidelity.	Data is hampered by small sample size, inconsistent reporting of childhood sexual abuse rates and outcome measures, scarcity of observational data and longer-term follow-up.	Childhood sexual abuse, Perinatal, Parent, Survivor, Intervention, PTSD

	Findings	Limitations	Key words
	Interventions were in Chile, Jamaica, Lebanon, Mexico, Mozambique, and Turkey. Five interventions were parent education programs, including center-based sessions and home visiting, while one intervention was a teacher education program. All but one study reported improvements in both child development and maltreatment outcomes.	Even within the six studies included, several factors constrain the conclusions that can be drawn. only three studies used experimental study designs. There was also variability in the design of each intervention as well as the instruments, scales, and approaches to measure a variety of outcome constructs, further complicating comparison.	Early Child Development, violence prevention, early childhood education; child abuse; maltreatment.

Allegato 8. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle VII-VIII "Prevenzione primaria e secondaria fascia prenatale, perinatale e prima infanzia"

(1) Rushton F. E., *et al.* (2015). "Enhancing child safety and well-being through pediatric group well-child care and home visitation: The Well Baby Plus Program." Child Abuse Negl 41: 182-189: applicazione del Well Baby Plus Program (*home visiting*, osservazione, questionari visita pediatrica) su famiglie con condizioni socioeconomiche scarse, consente di ottenere benefici sulla salute di bambini/e e sul supporto della genitorialità e successiva prevenzione di abuso e incuria.

(2) Prinz R. J. *et al.* (2016). ""Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P system population trial": Addendum." Prevention Science 17(3): 410-416: prevenzione attraverso strategie di sanità pubblica che coinvolgono ampia fetta di popolazione (non solo interventi individuali a piccoli gruppi per evitare la stigmatizzazione): 1. Facile accesso al supporto genitoriale alle famiglie; 2. Programmi di intervento comunitari; 3. Uso dei -media peer fornire modelli positivi di pratica genitoriale; 4. Collegamento tra i vari servizi pubblici.

(3) Albuquerque L. M. *et al.* (2015). "Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents." Rev Bras Enferm 68(3): 393-400, 452-399.

(4) Regnaut O. *et al.* (2015). "Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study." BMC Res Notes 8: 620.

(5) Tognoni A. *et al.* "Prevalenza e rischio di violenza verso i bambini con disabilità." Quaderno ACP 2014: 21(2):69.

(6) Lane W. G. (2014). "Prevention of child maltreatment." Pediatr Clin North Am 61(5): 873-888.

(7) Akehurst R. (2015). "Child neglect identification: The health visitor's role". Community Pract 88(11): 38-42: applicazione di guida metodologica per identificazione precoce dei comportamenti e dei sintomi che possono far supporre una situazione di insufficienza nelle cure.

Prosman G. J. *et al.* (2015). "Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review." Fam Pract 32(3): 247-256: prevenzione della violenza assistita (IPV = violenza intraparentale) e delle conseguenze sullo sviluppo emotivo e comportamentale nel/nella bambino/a attraverso interventi domiciliari che prestino attenzione a IPV e sua misurazione prima e dopo intervento.

(8) Regnaut O. *et al.* (2015). "Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study." BMC Res Notes 8: 620: prevenzione dell'abuso infantile attraverso il miglioramento delle competenze e del ruolo del medico di famiglia, valutando, attraverso interviste a medici, la loro percezione dei fattori di rischio, le loro esperienze, le difficoltà incontrate nei casi di sospetto abuso, i loro sentimenti riguardo al ruolo nella cura di potenziali vittime.

(9) Volta A. *et al.*, "Paternità : un'indagine sulle emozioni dei "nuovi" padri" Quaderni ACP 2006; 13 (4): 146-149: intervento di prevenzione indiretto: sostegno ai neogenitori a partire dai corsi pre-parto rivolti alle coppie anziché prevalentemente alle donne in gravidanza, importanza del *rooming in* per favorire oltre al legame madre-neonato/a anche il nascente rapporto padre-figlio/a, necessità di ripensare alle modalità organizzative aziendali che prendano sempre di più in considerazione la nuova genitorialità maschile per fornire sostegno e accompagnamento alla nascita più adeguati e per ridurre o limitare i fattori di ostacolo alla relazione padre-figlio/a (che spesso l'organizzazione del lavoro produce).

(10) Intervento del/della pediatra nel rinforzare il ruolo degli uomini nella cura e nelle diverse fasi di sviluppo del/della proprio/a bambino/a, intervento di prevenzione indiretto da utilizzare anche in famiglie che si sono divise.

(11) Esperienza S. Ilario d'Enza (RE): intervento di prevenzione a basso costo, vengono inviate 8 newsletter (guide anticipatorie) ai genitori ai diversi momenti delle età dei/della bambini/e, negli USA e in GB hanno dimostrato che questo approccio funziona nelle fasce deboli, ha costi quasi nulli, è basato su consigli anticipatori rapportati alle tappe di sviluppo, sono inseriti anche suggerimenti di interazione bimbo/a-genitore, le informazioni sono date con molte immagini e poco testo per superare le possibili difficoltà linguistiche. L'obiettivo è quello di promuovere uno stile genitoriale responsivo, favorendo la relazione e rafforzando l'autoefficacia dei genitori.

(12) Progetto "Mamme insieme" (buona prassi, Cesena 2014): formazione di mamme tutor volontarie che affiancano le neo mamme in difficoltà (obiettivo: mettere in circolo le competenze di cura).

(13) Brunelli A. "Visite Domiciliari ai neonati e alle mamme nell'ambito territoriale di Cesena. Analisi di 25 anni di storia." Buona prassi AUSL Romagna: presentazione/offerta della visita, al rientro al domicilio per supportare il puerperio, nei corsi di accompagnamento alla nascita per costruire un rapporto di fiducia.

(14) NICE: Social and emotional wellbeing of vulnerable children aged under 5: home visiting, early education and childcare; 2016.

(15) Tamburlini G. "Visite domiciliari per mamme e bambini: razionale, evidenze, modelli e ipotesi di attuazione." Medico e Bambino 8/2012.

(16) Esperienza Servizi educativi (buona prassi, Imola): oltre a prevedere l'accesso al nido con precedenza e a costo zero di bambini/e appartenenti a nuclei a rischio (pratica esistete in tutti i comuni di una certa consistenza), le/gli educatrici/tori dei nidi comunali partecipano al progetto "Neomamme" dell'ASP, dopo un'apposita formazione, andando a domicilio nella fase finale dell'intervento per instaurare una relazione di fiducia con le madri, finalizzata all'inserimento del/della figlio/a al nido il più presto possibile. Questa procedura abbatte le barriere psicologiche e culturali per l'inserimento al nido, che esistono al di là delle barriere economiche. Inoltre, a ottobre 2019 è partita la sperimentazione di un piccolo servizio 0-3 anni, sempre in collaborazione con ASP, che vede, alla mattina, la partecipazione attiva delle famiglie (a rischio sociale) nella gestione concreta del servizio, e a gennaio 2020 è stata avviata l'attività pomeridiana, una specie di "scuola per genitori", di tipo comunitario, sul modello delle *parents preschools* svedesi (purtroppo l'esperienza si è interrotta a causa dell'emergenza sanitaria legata alla pandemia da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2). Questo progetto e la partecipazione al progetto "Neomamme" ovviamente si possono integrare reciprocamente.

(17) Procedura interaziendale P.INT 012 Policlinico S.Orsola Malpighi - Azienda USL di Bologna: assistenza alle donne in gravidanza con disturbi emozionali e nel primo anno di vita del/della bambino/a. Assistenza alle donne con prevalente rischio sociale. Dimissione protetta neonato/a con problematiche sociali e/o sanitarie.

(18) Effetti e vantaggi del "pelle a pelle" materno: riduce lo stress, promuove il *bonding* (attaccamento sicuro, legame, rapporto speciale tra genitori e figli/e in cui entrano in gioco cure e attenzioni riservate al/alla neonato/a a partire dal contatto fisico), aumenta la stimolazione delle competenze endogene materne, contribuisce a prevenire emorragia *postpartum*, vantaggi a breve e lungo termine per l'allattamento al seno (Colonna F. *et al.* "Padri in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!" Quaderni ACP 2009; 16(1): 10-14. Promozione della presenza paterna in sala operatoria durante il taglio cesareo se adeguatamente preparati e in casi selezionati) e Lucia Pavanello, Ospedale Santa Chiara di Trento, "Il contatto pelle-pelle" relazione al convegno L'allattamento al seno in Regione Emilia-Romagna" Bologna 30/9/2017. http://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-primarie/consultori/flashmob-gallery/convegni-allattamento/convegno-lallattamento-al-seno-in-regione-emilia-romagna-bologna-30-settembre-2017

(19) Pellai A. *et al*., "Nella mente dei padri. Uno studio per indagare le emozioni di un gruppo di padri partecipanti al percorso nascita di un consultorio famigliare", Quaderni ACP 2009; 16(3): 104-108. Effetti presenza padri nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a: comportamento meno aggressivo dei maschi, riduzione significativa della prevalenza di problemi comportamentali nei primi anni di frequenza scolastica, minore incidenza di comportamenti antisociali durante l'adolescenza sia per i maschi che per le femmine.

(20) Le politiche pubbliche, che forniscono licenze di maternità e paternità, così come sussidi per le cure del/della bambino/a possono essere visti come sostegni a livello comunitario. Pagare la maternità porta a promuovere l'attaccamento genitore-bambino/a nei primi e cruciali mesi di vita e allevia lo stress finanziario della perdita del reddito. L'asilo nido gratuito o a basso costo promuove il lavoro riducendo i costi delle cure.

(21) Prevenzione della sindrome del bambino scosso (S*haken Baby Syndrome*), per il progetto "*Don't shake the baby*" dell'Azienda Ospedaliera di Parma consultare:
− http://www.ao.pr.it/curarsi/reparti-e-servizi-sanitari/neonatologia/non-scuotere-il-bambino-dont-shake-the-baby/
− video https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=5lZdp8wKktA

per il progetto "Se piango ascoltami" consultare:
− pagina associazione "L'isola che c'è" onlus, Bologna https://lisolache.it/se-piango-ascoltami/
− video https://lisolache.it/video/

Allegato 9. Approfondimenti e voci bibliografiche Tabelle IX-X "Prevenzione primaria e secondaria fascia infanzia, preadolescenza e adolescenza"

(1) Williams, D. J., F. G. Neville (2017), *Qualitative evaluation of the mentors in violence prevention pilot in Scottish high schools*, Psychology of Violence 7(2): 213-223.

Valutazione qualitativa di studio osservazionale condotto in tre High School scozzesi in cui viene applicato il **Mentors Violence Prevention (MPV)** programma già applicato in scuole americane

MPV: programma di prevenzione violenza di genere - sfrutta modello di apprendimento tra pari (studenti suddivisi dallo staff school in *mentors e mentees*). Staff e *mentors* sono adeguatamente formati per insegnare ai *mentees* e guidarli/e verso un comportamento anti violento. I/Le *mentors,* membri dello stesso gruppo sociale dei/delle *mentees*, acquisiscono credibilità per cui riescono nel gruppo a modificare l'atteggiamento nei confronti della violenza di genere, proprio e dei *mentees*, favorendo il riconoscendo di comportamenti sbagliati. I/Le *mentors*, investiti del ruolo di guida incrementano la loro autostima raggiungendo una maggiore protezione contro la violenza.

Età: ragazzi 11- 14, 14-18 anni

Studio condotto presso High School scozzesi

Tipologia violenza analizzata: Violenza di genere

Intervento sostenibile riproducibile;

limiti dovuti dalla scelta non random da parte dello staff di *mentors e mentees*, interpretazione soggettiva dei risultati emersi dagli incontri di gruppo a causa della mancata trascrizione del materiale.

Il programma seppur con alcuni limiti, risulta essere qualitativamente valido e sostenibile e tutte e tre le categorie interessate dal programma considerano l'esperienza positiva ed in grado di modificare le attitudini ed i comportamenti nei confronti della violenza di genere.

(2) Oliver B.E., Holmes L. (2015), *Female Juvenile Sexual Offenders: Understanding Who They Are and Possible Steps That May Prevent Some Girls From Offending*, Journal of child sexual abuse 24(6): 698-715.

Review di evidenze condotta ed incentrata sulle giovani donne responsabili di reati sessuali.

Il titolo recita: capire chi sono e prevenire che alcune lo diventino.

Abuso sessuale commesso dalle donne per molto tempo ignorato (convinzione che abuso fosse commesso solo da uomini e che gli abusi commessi dalle donne fossero meno dannosi).

80% di giovani donne abusanti riferiscono abuso sessuale in passato, anche in tenera età, spesso anche penetrazione e spesso violenza da multipli violentatori

60% di giovani donne abusanti riferiscono storie di abuso fisico, psicologico e incuria

Giovani donne abusanti provenienti da famiglie caotiche e disfunzionali, con genitori dipendenti (alcool o droghe), con non chiari confini sessuali e genitorialità inconsistente

Donne abusanti presentano inadeguate abilità sociali e assenza di sani rapporti con i pari, presentano frequentemente disordini psichiatrici, deficit attenzione/iperattività

Età: 11-14 anni / 14-18 anni

Studio condotto da Università del Minnesota USA e dalla Police Force Yorkshire UK

Conclusioni:

- Insegnare alle bambine che cos'è l'abuso sessuale e quali sono le conseguenze.
- Creare un programma educazionale per le giovani donne che faccia capire perché è sbagliato ed illegale avere contatti sessuali con i/le bambini/e.
- Offrire supporto a bambine/i e adolescenti abusate (per evitare che diventino abusanti).
- Formare professionisti/e da dedicare alla cura delle ragazze abusanti.

(3) **3.A** Walsh K. *et al.* (2015), *School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse*, Cochrane Database Syst Rev(4): Cd004380.

Livello di intervento: individuale
Formazione di bambine/i attraverso programmi scolastici, tra cui:

- educazione alla sicurezza personale (NCMEC 1999);
- comportamenti protettivi (Flandreau-West 1984);
- sicurezza del corpo personale (Miller-Perrin 1990);
- sicurezza del corpo (Wurtele 2007);
- prevenzione della violenza da parte di bambini/e e educazione alla protezione degli/delle stessi/e (NSW Department of School Education 1998)

Identificare Il contenuto del programma copre temi come: la proprietà del corpo, tipi diversi di modi di toccare, potenziali situazioni di abuso, evitare, resistere o sfuggire a tali situazioni, segretezza, e come e a chi dire se si è verificato un abuso.

Formati usati: libri, fumetti, drammi teatrali, spettacoli di burattini, film, conferenze e discussioni, singoli o in combinazione (Duane 2002, Topping 2009, Wurtele 1987a).

Metodi di insegnamento: approcci puramente didattici (come un discorso, l'ascolto passivo degli/delle studenti e l'acquisizione di conoscenza); approcci comportamentali (come la modellazione); partecipazione attiva degli/delle studenti al gioco di ruolo, alle prove o alla pratica di nuove abilità di autoprotezione (Wurtele 1987a).

La durata e la frequenza dei programmi sono diverse, con 30 minuti di durata media.

3.B Dale R. *et al*, *Empowering and protecting children by enhancing knowledge, skills and well-being: A randomized trial of Learn to BE SAFE with Emmy.* Child Abuse & Neglect 51 (2016) 368-378.

Necessità di rivedere i modelli di educazione sanitaria nelle scuole, da quelle dell'infanzia alle superiori: trial random cieco su 245 bambini/e 5-7 anni (prima elementare) di cui 131 trattati/e, e 114 come gruppo di controllo, con l'obiettivo di prevenire l'abuso e il bullismo. Il trattamento consiste in un intervento psico educazionale sullo sviluppo di comportamenti protettivi: riconoscere le proprie emozioni; riconoscere i segni della paura; riconoscere i segreti buoni e cattivi; riconoscere le parti del corpo pubbliche e private; riconoscere lo spazio personale; riconoscere le/gli adulte/i di riferimento. L'intervento è stato fatto a scuola, nel corso di 5 incontri di due ore con facilitatori/trici indipendenti qualificati. L'intervento è riproducibile all'interno dei programmi di **educazione sanitaria nelle scuole**, che preveda il coinvolgimento degli/delle insegnanti nella **promozione delle life skills**. La valutazione con questionario prima, dopo e a 6 mesi ha interessato le seguenti aree: acquisizione conoscenza dei comportamenti protettivi (si) intenzione all'utilizzo (si); aumento dell'ansia a seguito del trattamento (no); osservazione del cambiamento sulle conoscenze da parte dei genitori (si).

(4) Regnaut O. *et al.* (2015), *Risk factors for child abuse: levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study,* BMC Res Notes 8: 620.

(5) **5.a)** Review: Lane W.G., *Prevention of child maltreatment*, USA 2014 Pediatr Clin North Am. 2014 Oct; 61(5): 873-888.

Nella review sono presentati diversi programmi valutati efficaci per la prevenzione primaria del maltrattamento e abuso su minorenne:

- **Triple P parenting program:** è programma composto di 5 livelli in base alle necessità; I)livello universale che include volantini informativi e informazione elettronica per tutta la popolazione; II)assistenza telefonica o di persona con seminari di 60-90min riguardo la gestione di piccole problematiche come pianto e toilet training; III) 4 sessioni di training attivo di 90 minuti ciascuna, per genitori con difficoltà multiple e neonate/i particolarmente difficili; IV) assistenza individuale che deve affiancare i genitori per 12 settimane; V) per genitori che oltre alle problematiche legate alla/al neonata/o hanno anche altre difficoltà, affianca all'educazione anche *home visiting* e assistenza sanitaria per i genitori.
- **Stop It Now**: campagna pubblicitaria sensibilizzante contro l'abuso sessuale, per promuoverne la denuncia attuata con annunci via radio, televisione, manifesti sugli autobus, articoli di giornale e siti web interattivi.

5.b) Review: Topping K.J., Barron I.G., *School-based child sexual abuse prevention programs: a review of effectiveness,* Review of Educational Research 2009; 79(1): 431-463.

- **Feeling Yes, Feeling No**: programma di tre incontri con le classi da un'ora ciascuno, condotti da professionisti/e. I materiali usati sono video, giochi di ruolo, discussioni, esercizi; valutazione finale con questionario per gli/le studenti.
- **STOP, CAPPP**: singolo incontro di un'ora, presentazione con strumenti multimediali da parte di volontari/e e insegnanti
- **Talking About Touching**: 15 lezioni per studenti più attività supplementari, presentate da insegnanti con l'ausilio di fotografie, vignette e discussioni di gruppo. Valutazione con questionario finale.
- **Body Safety Training Program**: sessione singola di 50 minuti gestita da insegnanti, con discussione di gruppo e video.
- **Protective behavior, keeping ourselves safe**: 8/12 sessioni di discussioni di gruppo fornite da insegnanti con l'ausilio di video. Apprendimento valutato con domande e questionario.
- **Kids on the Block**: sessione singola con utilizzo di pupazzi, canzoni e domande e risposte.
- **Project TRUST**: discussione con insegnanti e studenti delle scuole superiori, sessione composta da 30 minuti di gioco e 15 minuti di domande e risposte.
- **Right to security**: 8 incontri da 30-60 minuti gestite da facilitatori/trici per i primi 2 incontri, e da insegnanti per gli altri; presentazione, giochi di ruolo e discussioni.

- **Who do you tell**: due incontri da 45-60 minuti ciascuno con educatori/trici del programma; discussioni, video, giochi di ruolo, immagini.
- **Stay Safe**: 12 incontri da 40 minuti ciascuno, gestiti da insegnanti; discussioni di gruppo, video, educazione comportamentale, questionario finale.

(6) ESPACE: incontro di 60-75 minuti con tre operatrici di un'associazione, esercitazioni con giochi di ruolo e modelli di comportamento, discussione.

(7) Review: Lester S., Lawrence C., Ward C.L., *What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews*, Psychol Health Med 2017 Mar;22(sup1):187-223. 2017, Sud- Africa.

- **Law and Justice curriculum** (Taylor *et al.*, 2010): formazione basata sull'informazione, per incrementare la capacità di bambini/e di riconoscere e raccontare un abuso. 5 sessioni.
- **Interaction-based treatment** (Taylor *et al*., 2010): progetto con studenti della scuola primaria per l'identificazione di comportamenti indesiderati, definizione di limiti. 5 sessioni, follow up di 6 mesi.
- **Shifting Boundaries classroom-level** (Taylor *et al.*, 2011; Taylor *et al.*, 2013): insegnanti come tutor per studenti della scuola primaria; lezione e discussione sull'identificazione del comportamento indesiderato e sull'impostazione dei confini. Programma di 8 settimane.

(8) Ridings L.E., Beasley L.O., Silovsky J.F., *Consideration of risk and protective factors for families at risk for child maltreatment: an intervention approach*, Journal of Family Violence volume 32, pages179-188(2017).

(9) A. Pellai *et al., Nella mente dei padri. Uno studio per indagare le emozioni di un gruppo di padri partecipanti al percorso nascita di un consultorio famigliare*, Quaderni ACP 2009; 16(3): 104-108.

Effetti presenza padri nella relazione precoce con il/la proprio/a figlio/a: comportamento meno aggressivo dei maschi, riduzione significativa della prevalenza di problemi comportamentali nei primi anni di frequenza scolastica, minore incidenza di comportamenti antisociali durante l'adolescenza sia per i maschi che per le femmine.

(10) La Regione Emilia-Romagna dal 2010 ha aderito al Programma Pippi (Programma di Intervento Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che persegue la finalità di innovare le pratiche di intervento nei confronti delle famiglie cosiddette "vulnerabili" o "negligenti" al fine di ridurre il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento di bambini/e dal nucleo familiare. Programma P.I.P.P.I. Programma di intervento per la prevenzione dell'istituzionalizzazione. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Università di Padova; 2011-2015. Reperibile al link:
https://www.fisppa.unipd.it/pippi-programma-intervento-prevenzione-dell%E2%80%99istituzionalizzazione%E2%80%9D

(11) Viezel K.D., Davis A.S., *Child maltreatment and the school psychologist*, Psycology in the Schools, 52(1) · November 2014.

Si tratta dell'articolo introduttivo di un volume sul tema, contenente diversi altri articoli, con tagli molto diversi. Il contesto è quello USA e la maggior parte delle considerazioni/ricerche sono svolte nello Stato di New York e considerando la legislazione specifica. In generale, gli autori ritengono che la figura dello/a psicologo/a nella scuola possa essere determinare per la prevenzione e/o individuazione precoce dei casi di abuso. A tal fine, occorre sottolineare che l'Italia è l'unico Paese dell'OCSE dove non esiste l'équipe psicopedagogica nelle scuole statali.

Tuttavia, a detta degli autori, non è sufficiente la sua presenza, ma è altresì necessario che lo/a psicologo/a sia una figura con rapporti ben radicati con tutte le componenti scolastiche (alunni/e, insegnati e genitori) e abbia una preparazione specifica su questo tema. Il rischio da evitare è che lo/a psicologo/a scolastico/a sia visto come mero/a segnalatore/trice alle autorità di potenziali casi di abuso e maltrattamento, ma anche di considerare che, di norma, dove c'è, lo/a psicologo/a scolastico/a tende ad avere una preparazione soprattutto in merito all'apprendimento, alle difficoltà di comportamento e alla gestione dei conflitti nella scuola.

A detta degli autori, lo/a psicologo/a scolastico/a, per occuparsi anche di prevenzione di A/M, dovrebbe avere una preparazione specifica su:

- neuropsicologia del/della bambino/a maltrattato/a;
- problematiche cognitive conseguenti il maltrattamento;

(12) Fox, C. L. *et al.* (2016). *Evaluating the effectiveness of domestic abuse prevention education: Are certain children more or less receptive to the messages conveyed?* Legal and Criminological Psychology, 21(1), 212-227. https://doi.org/10.1111/lcrp.12046

La ricerca è stata svolta in UK, dove esistono molti programma di prevenzione della violenza domestica (ma anche della violenza tra pari), ma ancora poche ricerche empiriche sulla loro utilità.

Metodo: Alunni/e di età compresa tra 13 e 14 anni, frequentanti sette diverse scuole, hanno beneficiato di un programma di formazione di 6 settimane (*The Readapt project: relationship without fear*. Il programma è destinato a bambini/e dai 7 ai 13 anni e si svolge nelle scuole). I/le ragazzi/e coinvolti/e hanno compilato un questionario per

misurare il loro atteggiamento nei confronti della violenza domestica prima dell'intervento formativo, subito dopo e a distanza di 3 mesi (follow-up), rispondendo anche a domande su esperienze di maltrattamento (come vittime, colpevoli o testimoni) e capacità di/orientamento a chiedere aiuto. Sono stati coinvolti altri/e alunni/e in altre sei scuole come gruppo di controllo; ad essi/e sono stati somministrati gli stessi questionari pre e post intervento formativo, ma dello stesso non hanno beneficiato. In totale, 1.203 ragazzi/e hanno preso parte alla ricerca.

Risultati: i ragazzi e le ragazze che hanno beneficiato dell'intervento sono diventati meno disposti ad accettare la violenza domestica e più orientati a chiedere aiuto rispetto a quelli/e del gruppo di controllo; i risultati non variano tra il sottogruppo che ha già avuto esperienza di maltrattamento e quello che ancora non ne ha avute. Anche il follow-up a tre mesi ha dato esito positivo.

Conclusioni: questi risultati suggeriscono che un programma del genere potrebbe essere molto utile: sia i ragazzi che le ragazze traggono beneficio dall'intervento, e coloro che hanno subito maltrattamenti e quelli/e che non lo hanno (ancora) sperimentato mostrano un simile grado di cambiamento nell'atteggiamento.

Da questo studio si può trarre la conclusione che i programmi di prevenzione del maltrattamento in ambito scolastico possono essere utili, ma devono essere sufficientemente standardizzati, per permetterne la valutazione di efficacia e la replicabilità.

(13) Man-Ging C.I. *et al.*, *Improving empathy in the prevention of sexual abuse against children and youngsters*, Journal of Child Sexual Abuse 24(7):796-815, · November 2015.

Questa ricerca ha coinvolto 48 professionisti/e dei servizi di cura che coinvolgono minorenni a rischio in America Latina (assistenti sociali e insegnanti, principalmente). La tesi della ricerca è di dimostrare che l'educazione emotiva di questi/e professionisti/e li aiuta ad essere più accoglienti e a comprendere meglio i/le bambini/e in potenziale situazione di abuso.

L'intervento formativo, durato alcuni mesi, ha utilizzato l'IRI come strumento di valutazione, comparando i risultati del pre-test con lo stesso test ripetuto 70 giorni dopo. Secondo gli autori, l'educazione all'empatia migliorerebbe la capacità di aiuto di questi/e professionisti/e, sia perché li/e rende più accoglienti e sensibili, sia perché permette loro di avere un maggiore controllo del contro-transfer che la relazione di aiuto elicita in loro. Per loro stessa ammissione, lo studio ha il grosso limite di non avere un gruppo di controllo.

Allegato 10. Programma di visite domiciliari pre e postnatali: tempistica e contenuti

IPOTESI DI TEMPISTICA E CONTENUTI PER UN PROGRAMMA DI VISITE DOMICILIARI PRE E POSTNATALI		
Tempistica	**Contenuti principali**	**Commenti**
Prenatale (primo trimestre)	Valutazione dello stato di salute e di benessere materno Informazione e consigli sulle pratiche preventive e sulle visite prenatali Valutazione dell'ambiente familiare	Ulteriori visite prenatali possono essere pianificate basandosi su eventuali rischi identificati, bisogni e richieste specifiche da parte della madre o su indicazione dei servizi
Prenatale (> 32 settimane)	Informazioni sul percorso nascita, incluse le diverse modalità offerte dai servizi presenti sul territorio Consiglio anticipatorio sulle più comuni problematiche post-parto sia materne che neonatali (e anticipazione della visita post-parto)	L'opportunità della visita immediatamente pre-parto va valutata a seconda della qualità e copertura dei servizi presenti sul territorio
Postnatale (entro 24-48 ore dalla dimissione)	Valutazione della salute e del benessere materno Valutazione del benessere del/della neonato/a Informazione e consigli su allattamento, cure essenziali al neonato, segni e sintomi più comuni Valutazione del tipo di supporto offerto dal contesto famigliare e identificazione di eventuali problematiche socioeconomiche e psicosociali	Ulteriori visite postnatali possono essere pianificate in base alle problematiche identificate o a richieste specifiche da parte della madre o ancora su indicazione dei servizi, in particolare dei punti nascita
Postnatale (indicativamente 2°-3° mese, 5°-6° mese, 8°-9°mese)	Valutazione della salute e del benessere materno, del/della bambino/a, dell'interazione tra madre e bambino/a e della situazione familiare complessiva Valutazione e promozione dello sviluppo e delle pratiche che favoriscono un buon attaccamento e sviluppo del/della bambino/a Informazioni e consiglio anticipatorio con particolare riguardo alla nutrizione, alle vaccinazioni e allo sviluppo Consegna e illustrazione di materiali informativi e di promozione dello sviluppo (es. primi libri)	Numero, tempistica e contenuti delle visite postnatali da definirsi in base alle caratteristiche dei servizi locali Ulteriori visite da definirsi in base al bisogno e in raccordo con gli altri servizi sanitari e sociali e con il/la pediatra di famiglia

Allegato 11. Fac simile Scheda di visita domiciliare[283]

Dati anagrafici madre/genitore 1 (ad integrazione scheda CEDAP)
Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Tel _____ Nazionalità _____

Dati anagrafici padre/genitore 2 (ad integrazione scheda CEDAP)
Cognome _____ Nome _____
Indirizzo _____
Tel _____ Nazionalità _____

Dati anagrafici bimbo/a data di nascita _____
Cognome _____ Nome _____
Ricovero in Tin dal _____ al _____ Motivo del ricovero _____

CONDIZIONE DI RISCHIO della madre/genitore 1

— primipara no corso preparto
— < 18 anni
— > 45 anni
— donna sola
— con cittadinanza non italiana
— problemi socio economici
— tossicodipendente
— depressione/ disturbi della personalità

CONDIZIONE DI RISCHIO del padre/genitore 2

— < 18 anni
— con cittadinanza non italiana
— problemi socio economici
— tossicodipendente
— depressione/ disturbi della personalità

DATA TEL.1 _____ DATA TEL.2 _____ DATA TEL.3 _____

CONCORDATA Visita Domiciliare No □ Sì □ da effettuare in data e ora _____

Motivi del rifiuto	**Altri Servizi utilizzati o altre risorse disponibili**
- presenza del PdF che soddisfa le richieste - presenza di altro/a operatore/trice sanitario/a (specificare) _____ - va tutto molto bene, non serve aiuto senza specificare altro - raggiunta troppo tardi, aveva problemi che ha già risolto (specificare) _____ - Altro (specificare) _____	- Associazione volontariato (specificare) _____ - Rete familiare/amicale soddisfacente - Altro (specificare) _____ - Richiesta di informazioni durante la telefonata tempo _____ min. (specificare) _____

Osservazioni

_____

_____

Firma del genitore _____ Firma dell'operatore/trice _____

[283] Fac simile scheda utilizzata da AUSL Romagna, ambito Cesena modificata.

PRESENTI ALLA VISITA	OSSERVAZIONE DIRETTA DEL/DELLA BAMBINO/A
□ Madre/Genitore 1 □Padre/Genitore 2 □ Nonni □Altri _____	□ Sì □ NO PROBLEMI IGIENICO-AMBIENTALI _____

LA MADRE/IL PADRE (GENITORE 1/GENITORE 2) HA CONTATTATO IL PEDIATRA DI BASE
□ Sì □ NO

ATTEGGIAMENTO DELLA MADRE/GENITORE 1 DURANTE IL COLLOQUIO
Accoglienza _____
Tipo di coinvolgimento _____
Utilizzo del linguaggio _____
Atteggiamento e problematiche manifestate _____
ATTEGGIAMENTO DEL PADRE/GENITORE 2 DURANTE IL COLLOQUIO
Accoglienza _____
Tipo di coinvolgimento _____
Utilizzo del linguaggio _____
Atteggiamento e problematiche manifestate _____

QUALITÀ DELLA RELAZIONE MADRE/GENITORE 1-BAMBINO/A
Comunicazione interpersonale _____
Holding _____
Consolabilità _____
Rigidità-flessibilità dei ritmi _____
QUALITÀ DELLA RELAZIONE PADRE/GENITORE 2-BAMBINO/A
Comunicazione interpersonale _____
Holding _____
Consolabilità _____
Rigidità-flessibilità dei ritmi _____

REAZIONE DEL/DELLA VISITATORE/TRICE
Difficoltà ad entrare in contatto _____
Tipo di coinvolgimento _____
Difficoltà di comunicazione _____
Sensazione di competenza _____
Interventi fatti _____

ALTRE VISITE	
DATA _____	_____ _____ _____

Allegato 12. Esempio di griglia per la telefonata alla puerpera[284]

ITALIANA	- Mettersi in condizione di riservatezza. - L'orario è importante: consigliato a metà mattina. - Mettersi in uno stato d'animo di disponibilità e serenità. - Presentarsi con chiarezza con nome, qualifica, servizio di appartenenza. - Chiedere come sta andando il puerperio (fare sempre domande aperte, e quando riferisce un problema, proponete la visita al domicilio). - Proporre la visita domiciliare come incontro per rispondere a domande di puericultura. - Qualora sia il coniuge/il compagno a rispondere al telefono, è bene informarlo sulla Visita Domiciliare (VD), ma la mamma del/della bimbo/a rimane la nostra figura di riferimento, per cui si chiederà di parlare con lei.
MIGRANTE	- Tenere presente che per queste famiglie il problema è economico, sociale, abitativo. - Solitamente le primipare accettano la VD per poter usufruire delle stesse opportunità delle italiane. - Comunicare con parole chiare e tono di disponibilità. - Chiarire che questo è un servizio di informazione per le mamme, fatto gratuitamente a tutte le donne che partoriscono. - Essere elastiche per gli orari di visita in quanto il marito/il compagno spesso lavora ma deve essere presente per questioni di lingua. - Usufruire del servizio di mediazione culturale che ci mette a disposizione l'AUSL - In caso di RIFIUTO: fare un colloquio telefonico per sapere se ci sono difficoltà di allattamento; in tal caso proporre la visita al domicilio.
A RISCHIO SOCIALE	- Informarsi sulla situazione della famiglia con il/la pediatra di famiglia, servizi sociali, eventualmente presso il centro di salute mentale. - Confrontarsi con i/le colleghi/e o con lo/a psicologo/a del servizio - Avere ben chiaro il proprio ruolo professionale - Seguire i passi citati per la puerpera italiana o migrante, in base al caso da seguire.

[284] Griglia utilizzata presso l'AUSL della Romagna, ambito Cesena, modificata.

Allegato 13. Esempio di progetto di intervento di *Home Visiting*

Il progetto[285] è destinato a sostenere la genitorialità fragile.

I genitori possono presentare i seguenti fattori di rischio:

- basso livello socio-economico;
- età della madre (sotto i 18 e sopra i 40 anni)/età del padre (sotto i 18 anni)
- nucleo monoparentale;
- basso livello di scolarizzazione (licenza elementare o media inferiore);
- mancanza di supporto familiare:
- devianza sociale;
- gravidanza non desiderata;
- condizioni instabili di vita;
- violenza familiare subita o assistita;
- dipendenza da sostanze:
- psicopatologia;
- stato depressivo materno o depressione post-partum;
- famiglie migranti

Il/La bambino/a può presentare le seguenti caratteristiche:

- prematurità;
- malattie fisiche/con disabilità

Nelle famiglie ad alto rischio si sommano numerose condizioni individuali ed ambientali avverse che possono compromettere la qualità degli scambi interattivi, esponendo i/le bambini/e alla possibilità di esiti psicopatologici differenziati, sin dai primi mesi di vita.

Le risorse umane che si prevede di impiegare sono:

- invianti: pediatri/e, ginecologi/ghe, ostetriche, SERT, SIMAP, UONPIA, pediatria ospedale;
- operatrici: psicologhe, educatrici, assistenti sociali ed assistenti sanitarie selezionate e preparate al programma di assistenza mediante apposita formazione
- formatori/trici: psicologi/ghe, neuropsichiatri/e infantili;
- équipe di supervisione: psicologi/ghe, assistenti sociali, neuropsichiatri/e infantili, pediatri/e, assistenti sanitarie, mediatrici culturali.

Le ricerche dimostrano come questa metodologia d'intervento sia in grado di ridurre il livello di abuso e trascuratezza dei bambini sia nelle famiglie ad alto rischio psicosociale sia nelle condizioni di maternità a rischio depressivo.

Obiettivi

Si tratta di un progetto di prevenzione e supporto alla domiciliarità che, sul lungo periodo, ci si aspetta possa avere un impatto significativo in termini di diminuzione degli allontanamenti di minorenni e numero delle famiglie con minorenni in carico ai servizi sociali.

[285] Progetto home visiting, AUSL di Piacenza, modificato.

Allegato 14. Questionario IPARAN[286,287]

n.	Domande	Risposte (score)
1	Mi aspetto di ricevere supporto dal mio partner per la gestione di questo/a bambino/a	1.sempre (0) 2.spesso (0) 3.qualche volta (5) 4.mai (5)
2	Sono molto preoccupato/a di crescere questo/a bambino/a	1.sempre (5) 2.spesso (5) 3.qualche volta (0) 4.mai (0)
3	Durante gli ultimi 9 mesi mi sono sentito/a triste per la nascita di questo/a bambino/a	1.sempre (5) 2.spesso (5) 3.qualche volta (0) 4.mai (0)
4	Da bambino/a mi sentivo al sicuro con i miei genitori	1.sempre (0) 2.spesso (0) 3.qualche volta (1) 4.mai (1)
5	Quando ero bambino/a avevo la sensazione che la relazione tra i miei genitori fosse violenta	1.sì (1) 2.no(0)
6	Penso che I miei genitori mi abbiano picchiato/a troppo da bambino/a	1.sì(1) 2.no (0)
7	Negli ultimi 3 anni ho sofferto di problemi mentali gravi	1.sì (1) 2.no (0)
8	Quando litigo con il/la mio/a partner qualche volta arriviamo alla violenza fisica	1.sì (1) 2.no(0)
9	Dovrei bere meno alcol/assumere meno droga	1.sì (1) 2.no (0)
10	Una buona educazione prevede di dare schiaffi ai/alle bambini/e	1. sì (1) 2.no (0)
11	Prima dei 16 anni sono stato/a vittima di un abuso sessuale	1. sì (1) 2.no (0)
12	Mi sento accettato/a dalla mia famiglia	1.sempre (0) 2.spesso (1) 3.qualche volta (2) 4.mai (3)
13	Qualche volta mi arrabbio così tanto che perdo il controllo	1.sempre (1) 2.spesso (1) 3.qualche volta (0) 4.mai (0)
14	Mi sento a casa nel posto dove vivo	1.sempre (0) 2.spesso (1) 3.qualche volta (2) 4.mai (3)
15	Vorrei avere più persone intorno su cui poter contare	1.sempre (3) 2spesso (2) 3.qualche volta (1) 3.mai (0)
16	Mi viene facile chiedere aiuto quando ho bisogno	1.sempre (0) 2.spesso(1) 3.qualche volta (2) 4.mai (3)

I **fattori di rischio** considerati nel questionario sono stati suddivisi in **3 categorie**:

1) l'infanzia dei genitori e la loro personalità: (sistema ontogenico):

- l'esperienza di uno dei genitori di abuso fisico, sessuale o emotivo.
- genitori che hanno assistito a violenza tra I loro genitori
- tendenza alle punizioni fisiche
- sentimenti ambivalenti rispetto alla genitorialità
- problemi psicologici o psichiatrici (soprattutto depressione o disforia) nei precedenti 3 anni
- dipendenza da alcol o sostanze

2) caratteristiche del/della bambino/a e della famiglia (microsistema):

- tendenza a risolvere I conflitti con la violenza
- genitori single
- prematurità del/della nascituro/a

[286] Claudia E. van der Put *et al.*, *Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)*, Child Abuse & Neglect 70 (2017) 160–168,
[287] Versione modificata utilizzando un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere.

3) caratteristiche del contesto sociale (esosistema):

- isolamento sociale.

Tra questi fattori 4 sono risultati particolarmente indicativi di rischio di maltrattamento da parte della figura paterna (abuso di alcol/droga, difficile accettazione da parte della famiglia, abuso sessuale prima dei 16 anni e incapacità di chiedere aiuto in situazioni di bisogno).

Al contrario solo due fattori sono stati collegati al rischio di maltrattamento da parte della madre (disforia, emozioni ambivalenti riguardo alla maternità).

Indipendentemente dal sesso I fattori più fortemente legati al rischio di maltrattamento sono stati:

- risolvere I conflitti con la violenza
- incapacità di autocontrollo
- mancanza di persone su cui fare affidamento
- abuso/maltrattamento da parte dei genitori

Allegato 15. Strumento INTOVIAN[288,289]

Lo strumento si compone di una lista di controllo di cinque elementi che trattano i fattori di rischio per la violenza fisica e/o psicologica, la trascuratezza e i modelli relazionali disfunzionali o di abuso tra il/la bambino/a-neonato/a e il suo *caregiver*. Il punteggio ottenuto non porta ad una diagnosi dell'abuso e della trascuratezza, ma ogni risposta positiva rappresenta un indicatore di rischio per sospettare la presenza del maltrattamento del/della bambino/a. Inoltre, la finalità dello strumento non è quella di valutare il rischio (alto, medio, basso) dell'abuso e dell'abbandono, ma piuttosto la presenza o l'assenza degli stessi in un momento specifico della visita da parte della famiglia. Tuttavia, il numero di risposte affermative dovrebbe condurre al raggiungimento di una decisione più solida nei confronti dell'azione da intraprendere.[290]

Lo strumento che segue è stato sviluppato per un utilizzo da parte del personale del settore medico e dei servizi sociali all'interno di famiglie della popolazione generale che hanno bambini/e e neonati/e nella fascia d'età compresa tra 0 e 3 anni. Si prega di rispondere a tutte le domande basandosi sulle proprie osservazioni e/o opinioni personali.

Spuntare un pallino per ogni riga.

Data (gg/mm/aaaa):__ /__ /____Età del/della bambino/a (in mesi): ___ Sesso: Bambino ○ Bambina ○

Chi accompagna il/la bambino/a? [si prega di spuntare tutte le opzioni pertinenti]

Se si tratta di una donna:

○ Madre/Matrigna

○ Madre adottiva

○ Sorella

○ Nonna

○ Altro familiare donna (es.: zia): _____

○ Altra donna (specificare): _____

Se si tratta di un uomo:

○ Padre/Patrigno

○ Padre adottivo

○ Fratello

○ Nonno

○ Altro familiare uomo (es.: zio): _____

○ Altro uomo (specificare):_____

	Domanda	sì	no	non pertinente
1	Nel caso in cui venga notato un trauma o un segno fisico o si venga informati dell'incidente: 12.8 La storia del caregiver è coerente?	0	0	0
	12.9 Si sarebbe potuto evitare o prevenire l'incidente/trauma fisico attraverso una supervisione idonea all'età del/della bambino/a	0	0	0
2	L'interazione caregiver-bambino/a-neonato/a è caratterizzata da (*a,b e c NON si escludono a vicenda*): a. Rabbia e/o ostilità?	0	0	
	b. Freddezza e/o distacco?	0	0	
	c. Tensione e/o eccessiva ansia?	0	0	
3	Chi si occupa del/della bambino/a-neonato/a adotta un approccio fisicamente duro e/o nocivo?	0	0	
4	Ci sono altri segnali che fanno dubitare della: a. Sicurezza fisica del/della bambino/a-neonato/a?	0	0	
	b. Sicurezza emotiva del/della bambino/a-neonato/a?	0	0	
5	C'è qualche altro fattore di rischio che fa dubitare della sicurezza o dell'idoneità delle cure verso questo/a bambino/a-neonato/a?	0	0	
	Se sì, si prega di specificare			

[288] Strumento per l'identificazione di famiglie a rischio o che presentano problematiche consolidate di abusi e forme di abbandono nei confronti di bambini/e e neonati/e.
[289] Versione *modificata* utilizzando un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere.
[290] https://www.trentinosalute.net/content/download/18185/280018/file/maltrattamentiWEB.pdf

Allegato 16. "Leggi, politiche e interventi per creare ambienti favorevoli"[291,292]

Leggi e politiche		Servizi e interventi
Componente 1: Buono stato di salute	**Copertura sanitaria universale** È garantita quando ciascuno può usufruire dei servizi di qualità di cui ha bisogno senza andare incontro a difficoltà economiche. È particolarmente importante che i caregiver e le famiglie siano in grado di poter accedere a tutti questi servizi, sia nelle strutture sanitarie che a livello di comunità. I servizi in questione includono la promozione e la prevenzione, così come i trattamenti, la riabilitazione e le cure palliative.	- Pianificazione familiare - Vaccinazioni per le madri e i bambini - Interventi finalizzati alla prevenzione del fumo e dell'abuso di alcol e altre sostanze e all'abbandono del loro uso - Prevenzione della trasmissione verticale dell'infezione HIV - Supporto alla salute mentale dei caregiver - Cure prenatali e alla nascita - Prevenzione delle nascite pretermine - Cure essenziali per i neonati e cure aggiuntive per i neonati piccoli e malati - *Kangaroo care* per i bambini di basso peso - Supporto alla ricerca tempestiva e appropriata di cure per i bambini malati - Trattamento integrato delle malattie del bambino - Diagnosi precoce di condizioni disabilitanti (quali problemi di vista e udito) - Cure per bambini con disabilità e difficoltà di sviluppo
Componente 2: Alimentazione adeguata	**Il Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno, e la Guida accompagnatoria** La commercializzazione inappropriata dei prodotti alimentari è un fattore importante che influenza negativamente le scelte delle madri di allattare nel modo migliore. Esistono un Codice e le relative raccomandazioni per mettere fine alla promozione inappropriata di alimenti per l'infanzia. Si tratta di strumenti importanti per creare un ambiente che consenta alle madri di effettuare le scelte migliori per quanto riguarda l'alimentazione, basate su un'informazione imparziale e libere da influenze commerciali e per aiutarle ad essere pienamente supportate nelle loro scelte. **Baby-friendly Hospital Initiative (BFHI)** I servizi per la maternità giocano un ruolo importante, supportando le madri nella relazione con i loro bambini attraverso un contatto fisico e pratiche di allattamento al seno. I servizi fanno questo aiutando le madri ad attaccare il bambino al seno immediatamente dopo la nascita, evitando di aggiungere acqua e proibendo la distribuzione di campioni di latte artificiale. I dieci passi della BFHI descrivono le condizioni essenziali per proteggere, promuovere e supportare l'allattamento al seno. E la *Baby-friendly Community Initiative* estende il supporto all'allattamento oltre i servizi sanitari.	- Nutrizione materna - Supporto all'allattamento esclusivo e all'allattamento continuato dopo i 6 mesi - Supporto all'introduzione appropriata di alimenti complementari e alla transizione verso una dieta sana per tutta la famiglia - Integrazione con micronutrienti per la madre e il bambino, in base al bisogno - Fortificazione (iodio, ferro) di alimenti basici (farina, sale) - Monitoraggio della crescita e promozione, inclusi l'intervento e l'invio per approfondimenti quando necessario - Sverminazione - Supporto ad un'adeguata alimentazione del bambino durante la malattia - Cura della malnutrizione moderata e severa, così come del sovrappeso e dell'obesità

[291] Tabella estratta da "*La Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce*" traduzione italiana, il documento originale può essere reperito alla pagina: www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en

[292] Si è scelto di inserire la tabella originale anche se il gruppo redazionale, del presente quaderno, consiglierebbe l'uso di un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere (es. bambino/a).

Componente 3: Genitorialità responsiva	**Congedo parentale retribuito** Il congedo parentale comporta per i bambini molti benefici: supporto all'attaccamento tra madre [293] e bambino, aumento della durata dell'allattamento al seno, aumento della probabilità che i bambini vengano vaccinati e ricevano cure preventive. Oggi i padri sono più coinvolti e si prendono più responsabilità legate alla cura dei loro bambini quando possono usufruire del congedo. **Servizi educativi per la prima infanzia economicamente accessibili** L'aumento della percentuale di donne nel mercato del lavoro fa sì che i caregiver abbiano bisogno di servizi di cura per la prima infanzia accessibili dal punto di vista economico e di buona qualità. Questi servizi sono importanti anche per l'alta percentuale di madri single e per i caregiver o i bambini affetti da disabilità. **Design urbano** Questo dovrebbe includere spazi verdi per bambini che facilitano il gioco tra adulto e bambino e l'apprendimento.	- Contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita - Kangaroo care per i bambini di basso peso - Rooming-in per le madri e i nuovi nati e allattamento a richiesta - Alimentazione responsiva - Interventi che incoraggiano il gioco e attività di comunicazione del caregiver con il bambino - Interventi che promuovono la sensibilità e la responsività del caregiver ai segnali del bambino - Supporto per la salute mentale del caregiver - Coinvolgimento dei padri, dei familiari e degli altri eventuali partner - Supporto sociale da parte dalle altre famiglie, delle associazioni su base comunitaria e religiosa
Componente 4: Opportunità di apprendimento precoce	**Accesso universale a servizi educativi per l'infanzia (nido, scuola dell'infanzia) di qualità** L'educazione precoce di qualità è essenziale per lo sviluppo cognitivo e sociale del bambino, così come per la preparazione alla scuola dell'obbligo. È importante che i bambini abbiano accesso ai nidi e alla scuola dell'infanzia. La frequenza a questi servizi è importante soprattutto per i bambini provenienti dai contesti più svantaggiati, perché funge da fattore protettivo nei confronti delle avversità che questi bambini possono incontrare.	- Informazioni, supporto e raccomandazioni circa le opportunità di apprendimento precoce, incluso l'utilizzo di oggetti di uso quotidiano e giocattoli fai-da-te - Gruppi di gioco, lettura e racconto di storie per caregiver e bambini - Scambio e prestito di libri - Servizi mobili con giochi e libri (es. bibliobus) - Servizi educativi per l'infanzia (nido e scuola dell'infanzia) di qualità - Racconto di storie da parte degli anziani - Utilizzo della madrelingua nella cura giornaliera dei bambini
Componente 5: Protezione e sicurezza	**Protezione e servizi sociali** La protezione sociale comprende sia le tutele assicurative che economiche (quali supporti al reddito e pensioni) e fornisce redditi diretti, regolari e prevedibili anche alle famiglie povere e vulnerabili. L'assistenza sociale è una parte molto importante e in crescita del sistema di welfare in molti paesi. Essa garantisce una sicurezza economica che riduce la povertà delle famiglie e la capacità di far fronte a eventi inattesi, migliora l'accesso ai servizi di salute e agli altri servizi, e può contribuire ad aumentare la copertura degli interventi sanitari di base, a migliorare la salute e la nutrizione di madri e bambini e ad aumentare la frequenza scolastica e a migliorarne i risultati. **Salario minimo** Quando i caregiver non hanno redditi adeguati, c'è il rischio che i bisogni essenziali dei bambini - inclusa l'assistenza sanitaria e l'istruzione - non vengano soddisfatti, con conseguenze negative sullo sviluppo infantile precoce. Il salario minimo può migliorare la vita di milioni di bambini, sia che i caregiver siano impiegati nell'economia formale che in quella informale.	- Registrazione alla nascita - Fornitura di acqua potabile e presenza di adeguati servizi igienici - Buone pratiche igieniche a casa, in famiglia e nella comunità - Prevenzione e riduzione dell'inquinamento negli ambienti domestici e in quelli esterni - Ambienti puliti liberi da agenti chimici nocivi - Spazi sicuri riservati alle famiglie e al gioco, sia nelle aree urbane che in quelle rurali - Prevenzione della violenza da parte dei partner e altri membri della famiglia e presenza di servizi di supporto (es. centri antiviolenza) - Presenza di servizi sociali - Trasferimenti monetari o voucher per l'accesso ai servizi e forme di previdenza sociale - Supporto alle famiglie e incoraggiamento delle adozioni e degli affidi piuttosto che dell'istituzionalizzazione

[293] Le evidenze scientifiche, riprese nel presente quaderno, illustrano l'importanza di interventi di sostegno estesi anche ai padri per avviare e consolidare l'attaccamento.

IL MODELLO LOGICO [294][295]				
IMPATTO Ogni bambino è in grado di raggiungere il suo pieno potenziale di sviluppo e nessun bambino è lasciato indietro. Tutti i bambini hanno uno sviluppo in linea con quanto atteso				
OUTCOME (Componenti della *nurturing care*)				
Buono stato di salute	**Alimentazione adeguata**	**Genitorialità responsiva**	**Opportunità di apprendimento precoce**	**Protezione e sicurezza**
- I caregiver sono mentalmente e fisicamente sani - Le cure prenatali, alla nascita e postnatali sono di buona qualità - Madri e bambini sono vaccinati - La ricerca di cure appropriate per i bambini è tempestiva - Le malattie dei bambini sono trattate appropriatamente	- Lo stato di alimentazione dei caregiver è adeguato - L'allattamento al seno è esclusivo e precoce -L'alimentazione complementare è appropriata -L'integrazione di micronutrienti è fornita quando necessaria -La malnutrizione dei bambini è trattata appropriatamente	-Il bambino ha relazioni sicure con i caregiver - I caregiver sono sensibili e responsivi ai segnali del bambino - Le interazioni caregiver-bambino sono piacevoli e stimolanti - La comunicazione è bidirezionale	- La comunicazione è linguisticamente ricca - Ci sono opportunità per il gioco appropriato in base all'età e per l'apprendimento precoce a casa e nella comunità	- Le famiglie e i bambini vivono in ambienti puliti e sicuri - Le famiglie e i bambini seguono regole igieniche - I bambini sono sostenuti nell'apprendimento delle regole - I bambini non vivono situazioni di trascuratezza, violenza, migrazioni forzate o conflitti
OUTPUT (Azioni strategiche)				
1. Assicurare leadership e risorse	**2. Focalizzarsi sulle famiglie**	**3. Rafforzare i servizi**	**4. Monitorare i progressi**	**5. Utilizzare dati e informazioni e innovare**
- Meccanismi di coordinamento di alto livello multisettoriali stabiliti - Situazione attuale analizzata - *Vision*, obiettivi, risultati attesi condivisi e piano d'azione sviluppato - Ruoli e responsabilità a livello nazionale, subnazionale e locale assegnati - Strategia di finanziamento sostenibile messa in atto	- Bisogni espressi e credenze delle famiglie incorporati nei piani - Figure di riferimento locali per stimolare il cambiamento identificate - Strategie di comunicazione nazionali implementate - Promotori di comunità della *nurturing care* potenziati - Gruppi comunitari e leader coinvolti nell'attività di pianificazione, costruzione del budget, implementazione e monitoraggio	- Opportunità di rafforzamento dei servizi esistenti identificate - Standard nazionali e pacchetti di servizi aggiornati - Profili di competenza delle risorse umane aggiornati e capacità rafforzate - Tutoraggio e supervisione allo staff una volta formato garantito - Sviluppo del bambino monitorato e, quando necessario, invio tempestivo assicurato	- Indicatori per monitorare lo sviluppo infantile precoce stabiliti - Sistemi informativi di routine aggiornati per fornire dati essenziali - Dati resi disponibili in formati facilmente accessibili - Valutazione *population based* periodica dello sviluppo infantile precoce condotta - Dati utilizzati per processi decisionali e *accountability*	- Collaborazione tra più attori sulla ricerca nella *nurturing care* stabilita - Priorità identificate e risorse rese disponibili per la ricerca operativa - Innovazioni basate sulle nuove evidenze implementate - Piattaforma nazionale di apprendimento e ricerca avviata - Risultati delle ricerche e lezioni apprese pubblicati
INPUT				
Assicurare la leadership, coordinare e investire risorse	Assicurarsi che le famiglie e le comunità abbiano acquisito la capacità di mettere in atto la *nurturing care*	Rafforzare i sistemi e i servizi già esistenti, assicurare un'azione congiunta e dinamica tra i diversi settori e attori	Monitorare i progressi fatti utilizzando appositi indicatori, tenere le persone informate e fornire risultati	Rafforzare le evidenze locali e innovare per estendere l'applicazione degli interventi

La *Nurturing care* propone cinque **azioni strategiche**, per ognuna di queste azioni, i governi dei paesi devono assicurare la leadership e coordinare le attività: assicurare leadership e investire risorse, focalizzarsi sulle famiglie e le loro comunità, rafforzare i servizi, monitorare i progressi e utilizzare dati e informazioni e innovare.

[294] "La Nurturing care per lo sviluppo infantile precoce" traduzione italiana, il documento originale può essere reperito alla pagina: www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en

[295] Si è scelto di inserire la tabella originale anche se il gruppo redazionale, del presente quaderno, consiglierebbe l'uso di un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere (es. bambino/a).

Allegato 17. Il/La pediatra e la prevenzione dell'abuso sessuale: messaggi di *guida anticipatoria* a genitori e bambini/e per ridurre il rischio di abusi sessuali

Messaggio	Target	Esempio/contesto
Solo medici/che e caregiver adulti specifici sono autorizzati a vedere "parti private"	*child* *parent*	Il/La pediatra può dire questo al/alla bambino/a durante l'esame dei genitali Il/La pediatra può chiedere ai genitori di specificare a quale/i caregiver è permesso fare il bagno/pulire/vestire il/la bambino/a
È importante mantenere canali di comunicazione aperti	*parent* *child*	Il/La pediatra può parlare ai genitori dei modi per favorire una buona comunicazione. Ad esempio, i genitori dicano ai bambini che possono e dovrebbero raccontare a loro quando qualcosa li infastidisce o il comportamento di qualcuno li mette a disagio. Il pediatra può incoraggiare i/le bambini/e a parlare con i genitori quando qualcosa li infastidisce o qualcuno li mette a disagio.
I genitori possono fare in modo di limitare le opportunità, per i sospettati di abuso (perpetratori), di avvicinarsi ai/alle bambini/e	*parent*	I genitori possono limitare alcune situazioni "un adulto /un bambino" attraverso le loro scelte dell'asilo e delle attività del/della bambino/a.
Sono disponibili risorse per aiutare i genitori a far capire meglio al/alla bambino/a l'abuso sessuale, comunicare con i/le loro figli/e su questo argomento e prendere provvedimenti per proteggerli/e.	*parent*	Il/La pediatra può riferire ai genitori attingendo informazioni da: • Enough Abuse Campaign: www.enoughabuse.org • Darkness to Light: www.d2l.org • Stop It Now: www.stopitnow.org.

Allegato 18. Ruolo del/della pediatra di libera scelta e del personale sanitario nella prevenzione del maltrattamento infantile

1. Effettuare screening per fattori di rischio di maltrattamento sui minorenni, inclusa la depressione dei genitori, abuso di sostanze, violenza da partner intimo, stress genitoriale, punizione severa, e insicurezza alimentare.
2. Identificare i fattori di protezione della famiglia (ad esempio supporto sociale, auto-efficacia, genitorialità, competenza)
3. Fornire una guida preventiva su comportamenti problematici e problemi di sviluppo che possono aumentare il rischio di maltrattamento (ad esempio pianto infantile, toilet- training
4. Chiedere ai genitori sulla disciplina e aiutarli a sostituire punizioni corporali con strategie più efficaci e meno dannose
5. Discutere dello sviluppo sessuale e il comportamento con i genitori. Aiutare i genitori e i/le bambini/e a diventare più abili nella comunicazione sul sesso e sull'abuso sessuale
6. Essere informato/a sulla disponibilità e l'efficacia delle risorse di comunità locali. Incoraggiare le famiglie a utilizzare le informazioni fornite per identificare i servizi che soddisfano i loro bisogni.
7. Promuovere l'implementazione e il sostegno di servizi della comunità per aiutare le famiglie a prevenire i maltrattamenti.
8. Promuovere l'implementazione e il sostegno di programmi federali, statali e locali che migliorano attenzione ai fattori di rischio di maltrattamento (per esempio povertà, abuso sostanze, depressione e altri disturbi della salute mentale)

Allegato19. Tabella "Stadi di sviluppo del bambino e segnali di disagio"[296,297]

Età	Stadio evolutivo	Crisi Evolutiva	Segnali di disagio "normali"/transitori	Segnali di disagio "patologici"/rigidi
0-1 anno	**1° stadio** **Allattamento e suo termine**	***Intorno agli 8 mesi*** **Crisi dello svezzamento** Dovuta al passaggio dalla alimentazione liquida a quella solida. Si presenta per la necessità evolutiva di autonomizzarsi dalla dipendenza dalla madre e relazionarsi con il mondo ed attiva nella coppia madre-bambino la paura di perdere l'altro	- Inappetenza con riduzione dell'apporto alimentare e perdita di peso; - pianti prolungati, monotoni; - paura degli estranei; - temporanei disturbi del sonno.	- Ritiro marcato dalle relazioni; - persistenza di pianti inconsolabili; - blocco oppure grave inibizione dell'attività motoria; - perdita di peso persistente dovuta ad un rifiuto del cibo; - movimenti ritmici del capo e del tronco; - gravi disturbi del sonno.
1-3 anni	**2° stadio** **La scoperta del mondo** Conosce il mondo delle cose distaccate da sé, dice "io","tu", "no"	***Entro i 3 anni*** **Crisi dell'opposizione** È la fase del "no"; il bambino si oppone alle imposizioni dell'adulto per affermare la propria individualità e l'autonomia delle sue scelte	- Fino allora era buono e docile, diventa testardo e aggressivo; - oppure da prevalentemente attivo ora si chiude in se stesso, abbandona i giochi, evita le relazioni.	- Persistenza di comportamenti rigidamente oppositivi; - oppure chiusura e rifiuto sociale; - regressione delle recenti acquisizioni (es. linguaggio).
3-6 anni	**3° stadio** **La conoscenza del mondo** Passa dal clan familiare alla piccola società scolastica. Riesce a separarsi dalle figure genitoriali. Riconosce le differenze sessuali, consolida la relazione a tre (madre, padre, bambino), acquisisce il controllo sfinterico, consolida il linguaggio.	***4-6 anni*** **Crisi edipica** Desidera rapporti affettivi privilegiati con il genitore del sesso opposto e ha un rapporto ambivalente di ammirazione/ contrapposizione con il genitore dello stesso sesso.	- Ansia di separazione; - ritardo del controllo sfinterico; - imperfezioni del linguaggio; - sporadiche balbuzie; - regressione del linguaggio - fobie verso gli animali divoratori; - ansia di danneggiamento fisico (ansia di castrazione); - masturbazione; - onicofagia (si mangia le unghie).	- Enuresi; - encopresi; - tic, balbuzie, fobia diurna e notturna; - rifiuto dell'inserimento nella scuola dell'infanzia; - si ammala frequentemente.
6-10 anni	**4° stadio** **La scolarizzazione** Ingresso nella società allargata con inserimento nella scuola elementare, sviluppa lo spirito gregario. Integrazione con il gruppo dei pari, nuovi modelli di identificazione negli insegnanti, grosso impegno nell'apprendimento. Esce dal linguaggio egocentrico, si accentua l'introspezione, compare il concetto astratto	***Tra i 7 e gli 8 anni*** **Crisi logico-morale** Dal mondo dei giochi al mondo delle regole. Il bambino ha formato un proprio "codice morale" (ciò che è giusto o sbagliato) all'interno della famiglia, che ora deve confrontare con quello dell'esterno a partire dal contesto scolastico	- Temporaneo rifiuto scolastico - difficoltà di apprendimento - difficoltà di relazione con adulti e coetanei - tendenza all'isolamento - scrupolosità per l'ordine o disordine - tendenza all'iperattività - crisi di opposizione a genitori e insegnanti	- Mancata chiusura e isolamento dalle relazioni sociali - comportamento oppositivo-provocatorio verso genitori e insegnanti - rilevante iperattività - comportamenti aggressivi - caduta del rendimento scolastico - depressione, ansia, fobie, ossessività - fuga nella malattia

[296] Montecchi F., Bufacchi C., "*Abuso sui bambini: l'intervento a scuola*", Edizioni Franco Angeli, (2016).
[297] Si è scelto di inserire la tabella originale anche se il gruppo redazionale, del presente quaderno, consiglierebbe l'uso di un linguaggio neutro o inclusivo sotto il profilo del genere (es. bambino/a).

11-17 anni	**5° stadio prepuberale-puberale** Imponenti cambiamenti psicologici e fisici. Conflitto tra bisogno di autonomia e necessità di dipendenza dai genitori e dalla famiglia, lutto per la perdita dell'infanzia e spinta verso l'età adulta	**Crisi dell'adolescenza*** Coesistenza contrastante di intellettualizzazione esasperata e tendenze ascetiche, problematiche sociali con centralità dei problemi corporei , difficoltà a gestire le pulsioni sessuali e aggressive emergenti	- Opposizioni differenziate rispetto ai genitori - presenza di "critica" - insoddisfazione dell'immagine corporea - aumenta il "senso estetico" - labilità emotive e dell'umore - facilità di "cortocircuito" e agiti	- Forte variabilità dell'umore - eccessiva timidezza o rancore nei confronti del mondo - persistente oppositività - tendenza al comportamento deviante - alternanza di ricerca e rifiuto della vicinanza corporea con l'adulto - disturbi alimentari - dismorfofobie - uso di "sostanze" - problematicità della sfera sessuale - gravi depressioni; - tentativi di suicidio - iperazionalismo freddo - comportamenti ossessivi-compulsivi - break-down - episodi allucinatori e deliranti

Allegato 20. Alcuni esempi di programmi di intervento a scuola

Programma	Tutor	Intervento	Durata	Destinatari
ACT	Facilitatori/trici	Crescere bambini/e senza la violenza, rendendo i genitori consapevoli del processo di sviluppo infantile, dei fattori di rischio e di protezione correlati alla violenza attraverso workshop e diffusione di quaderni informativi	Diversa durata	Genitori e caregivers
The Incredible Years[a]	Facilitatori/trici	Gruppo di programmi che prevedono interventi specifici per il training di: **- insegnanti**: Teacher Classroom Management Program e Incredible Beginnings Program; **- genitori**: cinque programmi genitoriali "di base" che mirano a fasi di sviluppo chiave. **- bambini/e**: Dinosaur School Social, Emotional Skills and Problem Solving Curriculum.	Diversa durata a seconda del programma	Genitori, figli/e (0-12 anni) e insegnanti
Safes Dates[b]	Insegnanti e Educatori/trici	Tema della violenza affrontato con conferenze, poster, produzione di teatro tra pari (sessioni da 10 a 45 minuti); include anche una parte della comunità (gruppi di supporto, materiale per i genitori, formazione dei fornitori di servizi). Follow-up con telefonate a casa ai partecipanti dopo 2 anni.	10 sessioni	Studenti scuole elementari, genitori e comunità
Feeling Yes, Feeling No[c]	Professionisti/e	Prevenzione specifica per l'abuso sessuale: incontri con le classi con uso di video, giochi di ruolo, discussioni, esercizi; valutazione finale con questionario per studenti.	3 incontri di un'ora ciascuno	Studenti scuola primaria
Right to Security[c]	Facilitatori (primi 2 incontri) e insegnanti	Presentazione del tema della violenza fisica e psicologica, discussioni e giochi di ruolo; Valutazione finale con questionario.	8 incontri da 30/60 minuti	Studenti scuola primaria
STOP: Stop, Tell someone, Own your body, Protect yourself [c]	Volontari/e formati/e da assistenti sociali	Insegnare ai /alle bambini/e attraverso giochi di ruolo la proprietà del corpo, i tocchi appropriati e inappropriati, regole di sicurezza (Stop, vai via, racconta e racconta fino a quando qualcuno non ascolta); distinguere segreti appropriati e inappropriati.	Singolo incontro di un'ora per classe	Studenti scuola primaria

[a] www.incredibleyears.com

[b] Lester S., Lawrence C., Ward C.L. *What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews*. 2017, Sud- Africa / Review n.25.

[c] Topping K.J., Barron I.G. *School-Based child sexual abuse prevention programs: a review of effectiveness*. USA 2009 /Review n.9.

Collana[298] Maltrattamento e abuso sul minore. I quaderni del professionista

1. Maltrattamento e abuso sul minore.
   Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale
2. Fratture e abuso.
   Raccomandazioni per il percorso diagnostico
3. Valutazione e recuperabilità del danno evolutivo e delle competenze genitoriali nel maltrattamento dell'infanzia e dell'adolescenza.
   Raccomandazioni per gli operatori
4. Prevenzione del maltrattamento-abuso nell'infanzia e nell'adolescenza.
   Raccomandazioni per professioniste/i.

Clicca qui per scaricare i volumi

[298] Fa parte della presente Collana come **numero speciale,** in quanto approfondimento sulla violenza di genere, il Quaderno "Violenza di genere. Raccomandazioni per la valutazione clinica e medico-legale"